



Concurso criativo
O Dia-a-dia dos Enfermeiros

Pintura: menção honrosa.

Título: “Cuidar no princípio e no fim da vida”.

Autor: Emanuel José de Oliveira Alves,
membro n.º 2-E-16182.



ordem dos
enfermeiros

Número 19 | Dezembro 2005 | www.ordemenfermeiros.pt | ISSN 1646-2629

ordem dos enfermeiros | Número 19 | Dezembro 2005

Criando pontes





O segundo ciclo de debates decorrerá durante os meses de Fevereiro e Março de 2006, nas cinco secções regionais. Estará subordinado ao tema “Cuidados seguros” e centrar-se-á numa problemática actual e relevante no âmbito ético-deontológico.

Contexto do tema

A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrou preocupação com os incidentes adversos causadores do sofrimento humano, que poderia ser evitado. O Fórum Europeu das Associações de Enfermagem e a OMS emanaram uma posição conjunta, que identifica áreas de intervenção dos enfermeiros. Tal reconhece o papel crucial dos mesmos na segurança das pessoas. Foram, também, apontados alguns factores tais como a falta de cultura de responsabilização, a ausência de relato dos erros cometidos e dos problemas encontrados, os riscos de infecção nosocomial ou a falta de recursos humanos.

Já se iniciaram alguns programas internacionalmente, como o Safety without Borders (iniciado em Abril de 2005, da responsabilidade da Comissão Europeia) ou o Global patient safety challenge: Clean care is safer care (iniciado em Outubro 2005, da responsabilidade da OMS).

Dimensão ético-deontológica

Citando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a profissão de enfermeiro tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, de forma a que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Sendo certo que os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam ou delegam, estes têm um papel crucial na identificação de situações de risco. Têm, igualmente, um papel importante na proposta e na aplicação de soluções para os problemas encontrados.

Objectivos

O objectivo deste segundo ciclo de debates é o de reflectir, em conjunto, sobre os aspectos da prática de cuidados que se relacionam com a perspectiva ética da gestão do risco e da segurança dos cuidados.



Enquanto vão germinando as suas ideias para ajudar a sua Ordem a preparar as respectivas intervenções, lembramos-lhe de que, apesar de ainda só ter sido divulgado o lema da conferência, é possível ir trabalhando para tornar a sua participação neste importante evento mundial de enfermeiros numa realidade.

Informamos-lhe, igualmente, de que a data-limite para a apresentação de resumos é em meados do mês de Setembro.

É quase certo que os trabalhos poderão ser apresentados nas três formas seguintes:

- comunicações orais em sessão paralela,
- comunicações orais em simpósio (onde sobre um mesmo tema são apresentadas três visões / interpretações diferentes),
- posters.

Como provavelmente será já do seu conhecimento, as intervenções e os respectivos resumos poderão ser apresentados numa das seguintes três línguas oficiais do ICN: inglês, francês ou espanhol.

Se deseja começar já a preparar o seu resumo, sugerimos-lhe que consulte o endereço <http://icn.ch/congress2005/abstracts.htm#1>, onde poderá encontrar toda a informação que foi disponibilizada para o 23.º Congresso do ICN e que servirá também para esta conferência.

Os temas das comunicações terão de estar relacionados com o lema da conferência: os enfermeiros na vanguarda lidando com o inesperado. Poderão versar sobre assuntos como a prática profissional, a regulação da profissão, o bem-estar socioeconómico dos enfermeiros, a formação em enfermagem, bem como os enfermeiros e as organizações dos enfermeiros.

Os enfermeiros portugueses têm muito a partilhar com a comunidade mundial de enfermeiros. Somos detentores de aspectos e conhecimentos ímpares no panorama mundial. Pensamos, normalmente, que só realizações de grande vulto ou dimensão merecem ser partilhadas, mas não. É possível aprender muito com todas as experiências, mesmo as pequenas.

O lema desta conferência proporciona um manancial de interpretações.

Possuímos a riqueza necessária para propor um sem-número de trabalhos. Ponhamos a imaginação a trabalhar. Só temos de olhar para aquilo que fizemos, fazemos ou planeamos fazer sob esta perspectiva.

Mãos à obra!

Ajude a SUA Ordem a preparar esta intervenção. Partilhe connosco as suas ideias e os seus projectos.

Toda a correspondência deve ser enviada para:

Gabinete de Relações Internacionais
Av. Almirante Gago Coutinho, 75
1700-028 LISBOA
ou para gri@ordemenfermeiros.pt

**MANTENHA-SE ATENTO A ESTE ESPAÇO.
Nos próximos números daremos mais informações.**



Cara(o) Colega

A certificação de competências Um novo paradigma para o desenvolvimento da enfermagem portuguesa nas próximas décadas

Entre 1996 e 2006 decorreu uma década que marcou a história da enfermagem portuguesa: o *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (REPE) foi publicado há dez anos.

Depois da integração do ensino de Enfermagem no ensino superior, este foi o marco mais decisivo para o reconhecimento da profissão de enfermeiro como igual em dignidade e autonomia às outras profissões da saúde.

Foi na sequência do REPE que a Assembleia da República reconheceu a capacidade de auto-regulação do exercício profissional aos enfermeiros criando a Ordem dos Enfermeiros (OE), com o desígnio fundamental de:

"promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento, regulação e controlo do exercício profissional no respeito pelas regras da ética e deontologia profissional"

Ao REPE seguiu-se o Código Deontológico e os primeiros instrumentos decorrentes da capacidade de auto-regulação: o estabelecimento dos padrões de qualidade e das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Desejamos que, na sequência deste percurso e com os instrumentos de regulação de que hoje se dispõe, 2006 possa ser o ano de ponte para a enfermagem do futuro.

É a este desafio que urge responder.

Num quadro de profundas alterações, tanto nas organizações onde prestamos cuidados como no ensino superior, importa dotar a profissão dos instrumentos necessários para salvaguardar o desenvolvimento harmonioso da profissão, em benefício dos cidadãos e dos enfermeiros que a corporizam.

Que sinais podem ser percebidos, nas mudanças globais que já estão em curso?

A administração e gestão das instituições da saúde demonstram crescente tendência para expandir a empresarialização; para disseminar pequenas unidades funcionais nos Cuidados de Saúde

Primários (CSP); para alargar a prestação de cuidados ao sector privado e social nomeadamente nas vertentes dos cuidados continuados; para reforçar a função reguladora do Estado como um instrumento de controlo do crescente risco de aumento da mercantilização da saúde.

No ensino, importa destacar a aplicação do protocolo de Bolonha: mantêm-se os dois subsistemas, universitário e politécnico, com uma crescente *décalage* entre eles na sequência da clarificação das finalidades de cada um; o ensino organiza-se em três graus, sendo o primeiro grau, licenciatura, relegado à condição de formação generalista, virada para a mobilidade e a empregabilidade, e sendo o segundo grau, mestrado, dividido em duas vias: uma profissionalizante e uma científica.

A necessidade de implementar as reformas que melhor sirvam o País e os cidadãos é para nós indiscutível. Todavia, é necessário garantir que as responsabilidades decorrentes do mandato social da Enfermagem sejam balizadas pelas necessidades de cuidados de saúde dos cidadãos.

Regular o acesso à profissão e o percurso profissional dos enfermeiros, incluindo o acesso às especialidades, centrando-o na prática de cuidados reflexiva e investigativa é o cerne do sistema de certificação de competências. Queremos, por esta via, clarificar e melhorar os mecanismos de reconhecimento interno e externo do mandato social da profissão.

Este é um passo no desenvolvimento do REPE. É uma função da OE a que nenhum enfermeiro pode ficar alheio, independentemente da área de actividade. É o desafio político que se lança hoje à enfermagem portuguesa para a construção de um futuro que seja motivo de orgulho para as gerações de hoje.

Conto com todos. O II Congresso será um momento privilegiado para todos afirmarmos o nosso compromisso, conjugando esforços com vista à sua concretização.

Com a força dos elos que unem o passado, o presente e o futuro, asseguramos o apoio da ponte que permite continuar o caminho.

Maria Augusta Sousa

Sumário

N.º19 | Dezembro 2005



Intervenção

04 Notícias

- › Parecer sobre o Projecto de Decreto-Lei de Transformação de alguns hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE)
- › II Congresso da Ordem dos Enfermeiros Pavilhão Atlântico – Lisboa, 10 a 12 de Maio de 2006
- › Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional



ARQUIVO OE

16 A considerar

- › Biblioteca Móvel – Um projecto solidário
- › Os desafios da União Europeia para os cuidados continuados – Enunciado de posição da EFN



ARQUIVO OE

Destaque regional

22 Açores

À semelhança dos dois encontros anteriores – o primeiro realizado em Angra do Heroísmo, ...



ARQUIVO OE

22

26 Centro

Nos dias 7 e 8 de Outubro, realizou-se, na Universidade da Beira Interior, ...



ARQUIVO OE

26

29 Madeira

Na sequência do que tem sido a nossa participação neste espaço da Revista ...



ARQUIVO OE

29

32 Norte

Ao longo deste ano, a Secção Regional do Norte (SRN) realizou ciclos de debate nos cinco...



ARQUIVO OE

32

35 Sul

Decorreram, nas instalações da União das Associações de Comércio e Serviços, na Rua Castilho...



ARQUIVO OE

35

Actualidade

40 Em destaque

- › Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

51 Reflexões

- › Condições de acesso dos estudantes de enfermagem à informação sobre os doentes a quem prestam cuidados
- › Conselho Jurisdicional – Comentário ao artigo de João Veiga
- › Acontece em Angola
- › Campo da prática de enfermagem é verdadeiramente exclusivo dos enfermeiros?
- › Ética e fim de vida: ao encontro da pessoa com Alzheimer
- › Para uma engenharia do cuidar...

71 Breves

- › Encontro Nacional "O enfermeiro na prevenção e controlo da dor"



Por lapso, na ROE 17, não foi mencionada a autora da fotografia reproduzida na capa. Apresentamos, por este facto, as nossas desculpas à Enfermeira Paula Cristina do Carmo Pereira e a todos os leitores da ROE.

Parecer sobre o Projecto de Decreto-Lei de Transformação de alguns Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE)*

Nota introdutória

O projecto de decreto-lei em análise, tal como prevê no seu âmbito, preconiza transformar em entidades públicas empresariais as unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos, os hospitais, os centros hospitalares e a unidade local de saúde, constituídas ao abrigo do número três da base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto na redacção dada pelo Artigo 1.º da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Nesta perspectiva, o dispositivo jurídico agora encontrado deve permitir que as organizações existentes, em particular aquelas que têm uma estrutura integrada de instituições e serviços hospitalares, de cuidados de saúde primários ou outros, possam realizar a sua missão sem condicionantes decorrentes da especificação do seu objecto ou outras.

Os dados recentes, embora parciais, atestam que a natureza jurídica das EPE pode apresentar algumas vantagens em efectividade, eficiência e eficácia, face às experiências dos Hospitais Sociedade Anónima (S. A.), que pretende substituir.

No entanto, para que possa ser considerado o reconhecimento de vantagens das entidades públicas empresariais na saúde, torna-se essencial que a sua missão não se afaste da valorização das necessidades globais, incluindo os projectos de saúde individuais e as prioridades das pessoas a quem se destinam.

Por outro lado, consideram-se também essenciais a mobilização das competências dos serviços de saúde e dos enfermeiros e a previsão de iniciativas de sustentabilidade da mudança.

Nestas inscrevem-se o investimento nos profissionais, no sistema de informação, em processos de desconcentração de poderes e responsabilidades e em dinâmicas de melhoria contínua e de reconhecimento.

A ausência de notas justificativas ou enquadradoras do projecto de decreto-lei em apreço, passíveis de encontrar-se num **preâmbulo não existente**, deixa-nos menos explícito o alcance da mudança preconizada.

Os factos e pressupostos supra mencionados, os valores e princípios deontologicamente adoptados pelos enfermeiros, a defesa de um modelo orgânico-funcional de proximidade (loco-regional) e o reforço da participação dos cidadãos, no acesso e acompanhamento dos serviços de saúde e na sua saúde, enformam a apreciação considerada ao presente projecto de decreto-lei.

Apreciação global

O actual projecto de decreto-lei prevê aspectos susceptíveis de potenciarem respostas positivas, nomeadamente: serem pessoas colectivas de direito público e natureza empresarial, pelo que valorizamos a aquisição de bens pelo direito privado e a possibilidade de financiamento ajustado à produção. No entanto, considera-se que o modelo de financiamento das EPE deve valorizar as intervenções de enfermagem em contexto hospitalar e as respostas comunitárias, que a não ser realizada penalizará o orçamento das unidades e subsequentemente a oferta de serviços.

A possibilidade de estabelecimento de contrato colectivo de trabalho e alguma valorização do património das EPE podem melhorar a estabilidade das relações laborais e aumentar a sua capacidade de inovação e operativa.

* Texto integral do parecer enviado ao Governo.

A Ordem dos Enfermeiros considera relevante que as entidades públicas empresariais propostas para a área da saúde venham a favorecer a valorização dos recursos humanos; a integração de serviços hospitalares, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e outras, em estruturas orgânicas que potenciem sinergismos; a valorização da participação dos cidadãos; a valorização justa dos enfermeiros; os critérios compreensíveis e transparentes de remunerações; a previsão para todos os colaboradores de processos de avaliação de desempenho.

Identificando-se algumas áreas que devem merecer melhoria ou desenvolvimento, sugere-se que o presente projecto de decreto-lei tenha incluídas orientações nestas áreas. Sugere-se, igualmente, que o mesmo projecto preveja perfis profissionais no acesso aos cargos; algumas comissões técnicas, para áreas estratégicas ou sectoriais, caso das comissões de Formação e Investigação, Higiene e Segurança, Gestão do Risco e Enfermagem; bem como a clarificação de determinados conceitos, o que impedirá a possibilidade de desenvolvimentos e interpretações menos assertivas e eficazes.

A previsão de práticas de contratualização, a nível macro e micro-organizacional, considera-se muito vantajosa. Sendo essencial que estas se estabeleçam com base nas necessidades de saúde das pessoas, tenham como balizes as boas práticas profissionais e os códigos deontológicos e de ética, os direitos dos cidadãos, os recursos disponíveis ou disponibilizáveis, para que se promova uma oferta de serviços de maior equidade e qualidade e a melhor eficiência organizacional.

Neste âmbito, torna-se necessário incluir nos contratos-programa ou em planos de actividades, indicadores de qualidade e de produção, em particular dos cuidados de enfermagem.

Por último, e antes de uma abordagem mais especializada do articulado, cumpre-nos salientar que não obstante estarmos perante estabelecimentos públicos com natureza empresarial e os respectivos regulamentos internos e outras normas poderem completar a sua arquitectura normativa, este facto não nos deve impedir de incluir neste estatuto as especificidades

relevantes ao cumprimento da finalidade dos serviços de saúde, de garantir à população os mais elevados níveis de qualidade dos cuidados de saúde.

Apreciação na especialidade

PROJECTO DE DECRETO-LEI

Artigo 3.º

Comentários – O Artigo 3.º (Capital estatutário) do projecto indica qual a constituição do capital estatutário das unidades de saúde com a natureza de estabelecimentos públicos e das sociedades anónimas de capitais públicos, transformados em entidades dos Centros Hospitalares criados com a natureza de entidades públicas empresariais, constantes do Mapa III do Anexo I do projecto (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE e Centro Hospitalar de Setúbal, EPE).

Artigo 3.º, n.º 3

Comentários – Por uma questão de precisão, onde se lê "Sociedades Anónimas de Capitais Públicos", deveria ler-se: "Sociedades Anónimas de Capitais exclusivamente Públicos".

Nota – Este artigo tem um número cinco sem qualquer texto!

Artigo 8.º, alínea c

Propõe-se – Definir (...) e actuação hospitalar, bem como o conjunto de critérios a que devem obedecer os regulamentos internos dos Hospitais EPE.

Fundamentos – Embora compreendamos que os Regulamentos Internos dos Hospitais EPE devam reflectir cada realidade institucional, consideramos apropriado e benéfico definir um conjunto de critérios a que todos devem obedecer no sentido de alcançar um certo nível de harmonização nacional (para além dos definidos no Artigo 10, n.º 2).

Artigo 8.º, alínea f

Comentários – Dada a especificidade dos actos a praticar, não se compreende ao certo em que áreas de actuação dos

Hospitais EPE se poderá concretizar o exercício dos poderes de tutela substitutiva por parte do Ministro da Saúde.

Artigo 11

Comentários – O n.º 1 deste artigo estatui sobre o regime de responsabilidade civil resultante de prejuízos causados pelos órgãos, agentes ou trabalhadores dos Hospitais EPE que não se integrem na função administrativa, mas não esclarece qual é o regime de responsabilidade civil quando os mesmos órgãos, agentes ou trabalhadores se inserem na função administrativa.

Do mesmo modo, não conseguimos compreender a distinção feita nos números dois e três deste artigo, entre actos clínicos de prestação de cuidados de saúde que não integram a função administrativa e aqueles que a integram.

Artigo 13, n.º 2

Propõe-se – O esclarecimento sobre a relevância da criação do cargo de director-geral hospitalar, as competências consideradas e o perfil de competências para acesso ao lugar.

Fundamentos – A previsão de um novo responsável ao nível estratégico, para os Hospitais EPE de maior dimensão, não deixa compreender o tipo de funções a desempenhar, nem a bondade e prioridade da decisão, quando comparada com o acréscimo de resposta que legitimamente se espera perante um processo de desconcentração de poderes e responsabilidades, face à criação de novas estruturas orgânicas, agregando serviços, unidades funcionais ou outras.

Artigo 13, n.º 3

Propõe-se – A explicitação do plano de transformação das estruturas orgânicas com base em serviços agregados, em centros de responsabilidade.

Fundamentos – Considera-se essencial a clarificação da vontade política e viabilidade financeira das estruturas orgânicas referidas desenvolverem a sua acção por centros de responsabilidade. Tal facto implicará serem previstos sistemas de informação e de gestão eficazes e representativos dos princípios e valores existentes

e dos cuidados prestados. Esta programação e planificação, com planos de aperfeiçoamento e prazos de concretização, planos de reconhecimento de percursos e resultados deve contar com a participação efectiva dos diferentes intervenientes, nomeadamente enfermeiros-supervisores e chefes, no sentido de favorecer um clima de confiança e empenhamento sempre necessários em qualquer processo de mudança.

Artigo 15, alínea a

Propõe-se a seguinte redacção: "Os planos de actividades e os orçamentos, relativos ao ano seguinte, até ao final de Junho de cada ano;"

Artigo 16, n.º 3

Propõe-se a seguinte redacção: "Os processos de recrutamento devem assentar em planos anuais de recrutamento de pessoal, na adequação dos profissionais às" [...] "devidamente fundamentada, de que deve ser dada prova pública".

Fundamentos – Dado o carácter de excepção consubstanciada na manifesta urgência e para que os princípios previstos no n.º 3 do Artigo 16 não sejam prejudicados, são de considerar a evidência prática de transparência e a existência dos referidos planos anuais de recrutamento de pessoal.

Artigo 22, n.º 2

Comentários – Consideramos, porventura, útil e adequado esclarecer o sentido e alcance do n.º 2 deste artigo ao referir que "cessam igualmente as comissões de serviço dos titulares dos órgãos de direcção e chefia...". Será que se pretenderia dizer **cargos** em vez de **órgãos**? E nada sendo dito sobre os cargos de direcção das carreiras respectivas, inseridas em corpos especiais, os directores de serviço dos serviços da área da prestação de cuidados mantêm-se em exercício pleno de funções e não em gestão corrente?

ANEXO II – ESTATUTOS

Artigo 1.º, n.º 1

Propõe-se a seguinte redacção: "Os Hospitais EPE têm por objecto principal a prestação de cuidados de saúde à população,



com valorização da promoção da saúde e prevenção da doença, designadamente [...] em geral;”.

Fundamentos: Face à agregação de hospitais, centros de saúde e outros serviços da comunidade, na figura das EPE, e dadas as prioridades políticas e sociais existentes, de promoção da saúde e prevenção da doença, torna-se relevante esta referência no objecto dos Hospitais EPE.

Artigo 4.º, n.º 2

Propõe-se a seguinte redacção: “Os membros do conselho de administração são nomeados pelo Ministro da Saúde, entre as pessoas com formação, experiência e *curriculum* adequado à função;”.

Fundamentos – Considera-se importante que na nomeação dos membros do conselho de administração seja referido que esta será efectuada entre as pessoas com formação, experiência e *curriculum* adequado à função, dado que estas devem ser condições essenciais ao exercício destes cargos, por razões de eficácia da organização e transparência de gestão.

Artigo 4.º, n.º 3

Propõe-se a seguinte redacção: “Pode ainda integrar um vogal não executivo [...] do Hospital EPE, sempre que a autarquia

assuma uma participação facilitadora do plano de actividades das EPE e vinculativa na concretização desse plano em matéria da responsabilidade autárquica;”.

Fundamentos – Face a experiências positivas em contextos similares e à necessidade de otimizar essa participação, que deve obedecer aos mesmos critérios de competência e experiência na área da administração de serviços e organizações.

Artigo 5.º, n.º 1, alínea k

Propõe-se a seguinte redacção: “Aprovar a realização de ensaios clínicos [...] de ética;”.

Fundamentos – Identifica-se como adequado pelo objecto em presença, ensaios clínicos, prever como competências do conselho de administração a aprovação de ensaios clínicos e terapêuticos.

Artigo 5.º, n.º 1, alínea n

Propõe-se a seguinte redacção: “Decidir sobre a política de recrutamento e admissão de pessoal;”.

Fundamentos – Para corresponder com maior adequação às atribuições dos vários intervenientes na área de recursos humanos / pessoal, é de prever, na alínea n, a possibilidade do conselho de

administração decidir sobre a política de recrutamento e admissão de pessoal, consentânea com a sua intervenção estratégica, ficando a intervenção de gestão para os níveis intermédios e operacionais.

Artigo 6.º, alínea a

Propõe-se a seguinte redacção: "Coordenar conjuntamente com o Director do Serviço de Enfermagem, e / ou outros, a elaboração dos planos de acção [...] do hospital;"

Fundamentos – Considera-se como medida promotora do aprofundamento funcional entre o director clínico e o enfermeiro-director a previsão desta intervenção conjunta, na coordenação da elaboração dos planos de acção, que consideramos da maior importância para a gestão dos serviços ou departamentos.

Artigo 6.º, alínea f

Propõe-se a seguinte redacção: "Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia da qualidade técnica dos cuidados médicos;"

Fundamentos – Por corresponder mais fielmente à área de intervenção específica do médico e da desejada avaliação interpares.

Artigo 6.º, alínea g

Propõe-se a seguinte redacção: "Decidir sobre conflitos de natureza técnica, na área médica, entre os serviços de acção médica;"

Fundamentos – Por corresponder à área de competência específica do médico e para evitar conflitos de competências com outros profissionais, sempre penalizadores da estabilidade e do desenvolvimento de serviços.

Artigo 7.º, Preâmbulo

Propõe-se a seguinte redacção: "Compete ao enfermeiro-director a direcção técnica [...] interno, designadamente;"

Fundamentos – Por ser mais concordante com a competência do enfermeiro-director no exercício do cargo e para melhor compreensão das suas atribuições.

Artigo 7.º, alínea c

Propõe-se a seguinte redacção: "Compatibilizar com o director clínico do hospital os planos de acção dos diferentes serviços de acção médica;"

Fundamentos – Por corresponder ao tipo de intervenção e cooperação desejada, entre dois profissionais, com responsabilidades de direcção técnica, do serviço de enfermagem e do sector médico, respectivamente.

Artigo 7.º, alínea e

Propõe-se a seguinte redacção: "Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;"

Fundamentos – Considera-se que se ganha clareza se for acrescentada a designação de qualidade, por corresponder os termos utilizados e conceptualmente validados no enquadramento conceptual concebido, editado e promovido pela Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 7.º, alínea g

Propõe-se a seguinte redacção: "Conceber, acompanhar e dinamizar a aplicação do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros e de outro pessoal de quem tenha responsabilidades funcionais;"

Fundamentos – A intervenção do enfermeiro-director, em concordância com as atribuições previstas para a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, conforme refere a alínea e do Artigo 7.º e outra legislação atinente, está ligada ao processo de concepção da avaliação de desempenho, pelo que se diferencia das competências dos enfermeiros-supervisores e chefes, predominantemente com responsabilidades de acompanhamento e aplicação, respectivamente.

Propõe-se a inclusão de uma alínea k neste artigo, com a seguinte redacção – "Velar pela constante actualização do pessoal de enfermagem"

Artigo 10

Propõe-se – A omissão da referência "nos termos do n.º4 do Artigo 5.º".

Fundamentos – Por não se ter identificado a sua existência.

Artigo 16, n.º 3

Comentários – Parece-nos existir uma possibilidade real de conflito na conjugação do n.º 3 deste artigo, que determina que o auditor interno reporta ao presidente do conselho de administração, com o n.º 6, que impõe ao mesmo auditor o envio de relatórios aos ministros das Finanças e da Saúde com mero conhecimento ao conselho de administração.

Artigo 17, n.º 1

Propõe-se a inclusão de uma alínea h, com a seguinte redacção: "Quatro membros em representação das ordens e associações profissionais, cujo desígnio e atribuições sejam o da promoção e defesa da qualidade dos cuidados à população;"

Fundamentos – A Ordem dos Enfermeiros, bem como outras organizações com responsabilidade na promoção e defesa da qualidade dos cuidados à população não encontram possibilidade de intervir no conselho consultivo nos termos definidos, o que se considera importante.

Propõe-se a inclusão de uma alínea i, com a seguinte redacção: "Um representante das equipas de voluntariado do hospital;"

Fundamentos – Face à intervenção participante, social e altruísta, no apoio aos utentes em atendimento, em contextos de internamento ou outros.

Propõe-se a seguinte redacção para a alínea d: "Cinco representantes dos utentes designados entre as associações existentes ou por estruturas de representação;"

Fundamentos – O conselho consultivo, no que respeita à sua composição e às suas competências, não cumpre a função de atribuir

ao cidadão a possibilidade de participar proporcionalmente ao nível da sua organização e da sua responsabilidade, pelo que cumpre minorar este facto.

Artigo 18

Propõe-se a inclusão de uma alínea d, com a seguinte redacção: "Apresentar petições ou outras iniciativas de auditoria, respeitantes à qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde;"

Fundamentos – Nos termos da avaliação inscrita no Plano Nacional de Saúde e no que consigna aos direitos e às obrigações dos cidadãos, no que respeita à sua saúde, considera-se que o conselho consultivo, face às suas competências, não cumpre a função de atribuir ao cidadão a possibilidade de participar na gestão e auditoria à organização, pelo que o reforço de normalização deste direito torna-se essencial para a maior transparência e eficiência do sistema.

Artigo 20, n.º 2, alínea b


Propõe-se a seguinte redacção: "Qualidade de Cuidados e Serviços;"

Fundamentos – Porque a natureza das intervenções na saúde, os códigos de boas práticas e a conceituação actual de qualidade encerram o conceito de humanização. Logo, os aspectos de solidariedade ou as eventuais questões disfuncionais podem e devem merecer intervenção ao nível das equipas de voluntariado ou junto do gabinete do utente, respectivamente.

Artigo 20, n.º 2

Propõe-se a inclusão das alíneas e, f, g e h, com o seguinte teor: "Formação e Investigação", "Gestão do Risco", "Higiene e Segurança" e "Enfermagem", respectivamente.

Fundamentos – Dada a relevância estratégica para a concretização da missão do Hospital EPE, considera-se ser de incluir estas comissões, em sede de projecto de decreto-lei.

Comentários – O n.º4 deste artigo remete para o Artigo 5.º, n.º 2, alínea d, mas o n.º 2 deste artigo 5.º não tem alíneas. 

II Congresso da Ordem dos Enfermeiros Pavilhão Atlântico – Lisboa, 10 a 12 de Maio de 2006

A realização do II Congresso da Ordem dos Enfermeiros foi pensada num momento de grandes mudanças e inquietações no plano internacional. Mudanças e inquietações estas com implicações óbvias na sociedade portuguesa e particularmente na saúde, de onde decorreram os recentes desafios colocados à saúde e à profissão de enfermeiro. Tal determinou que se procedesse a um acompanhamento próximo dos enfermeiros e que se desse particular atenção aos mesmos.

O Congresso terá como tema "O enfermeiro e o cidadão: compromisso (d)e proximidade". Será um espaço de reflexão e trabalho em torno de algumas temáticas que obrigatoriamente cruzam hoje o espaço de intervenção dos enfermeiros. Serão, pois, abordados os seguintes temas:

- "Enfermagem – Um compromisso na proximidade: das políticas à governação em saúde";
- "A centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas: clínica; gestão; formação e investigação";
- "Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências";
- "Cuidados de proximidade: reconstrução de políticas e práticas".

Pelo facto de se esperar que o II Congresso da Ordem dos Enfermeiros seja um espaço de debate e sobretudo de partilha das experiências profissionais consideradas inovadoras no exercício da profissão, entendeu-se indispensável disponibilizar momentos para apresentação de **comunicações livres**, de **posters**, bem como terá lugar uma **mostra de cuidados**. Além da estrutura central do programa científico definido, todas estas iniciativas serão, inegavelmente, um contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Os objectivos deste congresso são, portanto, os de: a) divulgar projectos e trabalhos inovadores implementados por enfermeiros

e outros, nos seus locais de trabalho; b) proporcionar um espaço de diálogo e partilha de ideias no sentido da inovação na prestação de cuidados; c) incentivar a apresentação pública de projectos dando visibilidade ao trabalho dos enfermeiros; d) contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento para as três actividades (comunicações livres, posters e mostra de cuidados) será tornado público a 10 de Janeiro de 2006.

Assembleia-Geral Ordinária

Porque se impõe racionalizar custos e energias, associa-se a este congresso a realização da Assembleia-Geral Ordinária, de acordo com o n.º 2 do Artigo 13 do Estatuto da OE. A mesma terá lugar no dia 11 de Maio, às 14 h 00 m, no Pavilhão Atlântico, e nela estarão em discussão e decisão assuntos importantes para a profissão de enfermeiro.

Dia Internacional do Enfermeiro

Na tarde do dia 12 de Maio, será criado um programa específico para a comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro. Apesar de o Conselho Internacional de Enfermeiros ainda não ter anunciado o tema para 2006, sabemos já que será da máxima pertinência e oportunidade na realidade portuguesa, pois interligará a segurança do cliente com a organização dos serviços de enfermagem.

Espaço Estudante

Porque temos a percepção clara de que o futuro da profissão passa pela formação dos enfermeiros do futuro, será criado um programa paralelo destinado aos estudantes de Enfermagem. Neste programa serão abordadas as questões da vinculação profissional e da partilha de opiniões sobre as temáticas centrais do Congresso.

Actividades culturais

Por fim, impõe-se, naturalmente, programar, em condições vantajosas, algumas actividades de natureza cultural, que, de acordo com as opções e preferências individuais, permitam aos congressistas e respectivos acompanhantes desfrutar

de espectáculos e outras iniciativas em cena aquando do Congresso. Neste contexto, prevê-se ainda a realização de um jantar de confraternização entre os congressistas, com um espectáculo de gala, do qual serão dados pormenores posteriormente. ■

Programa Primeiro anúncio

PRIMEIRO DIA: 10 DE MAIO DE 2006

- 08 h 30 m – Abertura do secretariado
- 09 h 30 m – Conferência de abertura pela Sr.ª Bastonária
- 10 h 00 m – 1.º painel – “Enfermagem – Um compromisso na proximidade: das políticas à governação em saúde”
- 10 h 50 m – Debate
- 11 h 40 m – Intervalo
- 12 h 00 m – Cerimónia de abertura
- 13 h 00 m – Comunicações livres
- 14 h 20 m – Intervalo
- 14 h 30 m – 2.º painel – “A centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas: clínica; gestão; formação e investigação.”
- 15 h 30 m – Debate
- 16 h 30 m – Momento musical
- 17 h 00 m – Encerramento dos trabalhos do primeiro dia

SEGUNDO DIA: 11 DE MAIO DE 2006

- 09 h 00 m – 3.º painel – “Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências.”
- 10 h 00 m – Debate
- 11 h 00 m – Momento musical
- 11 h 20 m – Comunicações livres
- 12 h 40 m – Comunicações livres
- 14 h 00 m – Encerramento dos trabalhos do segundo dia

TERCEIRO DIA: 12 DE MAIO DE 2006

- 09 h 00 m – 4.º painel – “Cuidados de proximidade: reconstrução de políticas e práticas.”
- 10 h 00 m – Debate
- 11 h 00 m – Momento musical
- 11 h 20 m – Comunicações livres
- 12 h 00 m – Intervalo
- 12 h 15 m – Conclusões do Congresso e cerimónia de encerramento

Gestão do risco hospitalar

– perspectiva multiprofissional*

Jacinto Oliveira

Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros

A gestão do risco hospitalar é uma área emergente em Portugal. É justo observar que foram os processos de acreditação dos hospitais que colocaram a gestão do risco na ordem do dia e, por consequência, na agenda da saúde.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde, pela natureza da(s) sua(s) actividade(s), são uma área de risco por excelência. Há até um certo número de riscos que é necessário correr sempre que procuramos meios mais eficazes de tratamento, cuidado ou até mesmo de gestão. Assim sendo, é imperativo que tais riscos sejam previamente identificados, analisados e avaliados de forma competente, e é fundamental que, quando for caso disso, se adoptem as medidas preventivas e / ou correctivas adequadas.

Qualquer política de gestão do risco, seja em que organização for, está condenada, à partida, se não conseguir envolver todos os seus colaboradores. Tal facto assume especial relevância no caso das organizações prestadoras de cuidados de saúde, pela complexidade do respectivo funcionamento e pela quantidade de intervenientes que contribuem para o "produto final".

Atrevo-me agora a reflectir, de acordo com a bibliografia internacional, sobre alguns aspectos organizacionais que não favorecem uma cultura de segurança.

Na maior parte dos casos, as organizações:

- não correspondem às expectativas do pessoal e dos utentes;
- não desenvolveram ainda a capacidade de aprender com os erros;

- não têm forma de garantir que o pessoal clínico segue, de forma consistente, as políticas, os procedimentos e / ou os protocolos existentes;
- sofrem uma acumulação de necessidades de manutenção, especialmente preventiva, de equipamentos ou instalações;
- desperdiçam esforços e recursos ao desenvolver programas mutuamente exclusivos;
- não possuem um sistema para a revisão / monitorização contínua das especificações contratuais, que lhes permita eliminar riscos inaceitáveis.

Breve panorâmica internacional

No sentido de uma melhor compreensão do âmbito e da amplitude do problema, faz sentido um breve relance sobre alguns factos e números a nível internacional. Em França, entre Janeiro de 1995 e Junho de 2002, obtiveram-se dados preocupantes de hospitais em processos de acreditação, como por exemplo:

- 289 suicídios,
- 215 complicações operatórias e perioperatórias,
- 196 erros medicamentosos,
- 36 fugas de doentes,
- 28 problemas com equipamentos médicos.

Os dados sobre o Reino Unido não são menos expressivos:

- 400 pessoas morreram ou sofreram danos graves devido a falhas / problemas nos dispositivos médicos,
- cerca de 10 000 pessoas referiram reacções adversas graves à medicação,
- cerca de 28 000 queixas escritas referiram-se a aspectos clínicos do tratamento,
- o NHS (National Health Service – Serviço Nacional de Saúde) gasta cerca de um bilião de libras a tratar infecções nosocomiais – 15 % das quais são evitáveis,

* Artigo escrito com base na comunicação apresentada na conferência "Gestão do risco hospitalar", promovida pela Unidade de Missão Hospitais S. A., em Março de 2005.

- cerca de 1150 pessoas que tinham contactado recentemente com serviços de saúde mental cometeram suicídio.

Os dados relativos à Austrália são os seguintes:

- uma em cada dez admissões resulta de um "evento passível de prevenção",
- uma em cada 100 admissões resulta de um "evento negligente",
- quatro em cada 10 000 admissões resultam em queixas médico-legais,
- fracos sistemas de comunicação,
- confiança irracional / cega na memória humana,
- pouco respeito pelas consequências do cansaço ou da fadiga,
- confiança na escrita manual,
- exigências insensatas à vigilância clínica.

O estado da questão em Portugal

Como já se disse, foi o Plano Nacional de Acreditação¹ de Hospitais que colocou a gestão do risco na ordem do dia. O essencial sobre a gestão do risco encontra-se no manual de acreditação, norma nove, que a define como "uma abordagem estruturada à gestão do risco no hospital / unidade, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e maior consciência do pessoal acerca do perigo e da responsabilidade".

Os principais objectivos da gestão do risco são:

- desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos;
- estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável;
- reduzir o efeito directo e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efectivas;

¹ A acreditação é o processo de reconhecimento de que determinada organização cumpre critérios específicos e atinge determinados padrões de qualidade. A acreditação é uma forma de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, através da melhoria do desempenho da organização.

- proteger o hospital e o respectivo pessoal de responsabilidades legais.

Para atingir estes objectivos, é fundamental assegurar que a gestão do risco faz parte integrante da cultura organizacional e é indispensável promover uma atitude de melhoria contínua através da auto-avaliação. Conseguiremos cumprir estas duas condições se houver um compromisso da gestão de topo com a gestão do risco e uma participação activa de todos os profissionais nos processos de gestão do risco. Criaremos, então, mecanismos formais capazes de avaliar a efectividade das estratégias, dos planos e dos processos da gestão do risco, desenvolveremos e implementaremos mecanismos formais para a participação imediata de todos os incidentes, para a avaliação das consequências potenciais e investigação das causas, para a identificação de falhas no sistema, sem atribuição de culpa. Poderemos, então, elaborar planos de manutenção preventiva das instalações, dos materiais e equipamentos; desenvolver e / ou melhorar os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; bem como desenvolver competências para lidar com situações de emergência, internas ou externas.

Gestão do risco vs qualidade

A meta fundamental da gestão do risco é a redução da incidência de acidentes e erros, resultando assim em práticas, sistemas de trabalho e premissas mais seguras e maior consciência do pessoal relativamente ao perigo e às responsabilidades.

A meta fundamental de qualquer sistema de gestão da qualidade é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado. O subproduto obtido é uma redução do risco.

O risco e os danos resultantes quando a sua gestão não é eficaz limitam a qualidade da prestação de cuidados e empregam recursos que poderiam ser melhor utilizados de outra forma. Uma gestão do risco coesa e eficaz é benéfica para os doentes,

o público, os profissionais e para a própria organização. Ou seja, uma boa gestão do risco permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados; promover efectivamente a segurança de profissionais e utentes, uma vez que as falhas sistémicas são identificadas; uma maior eficácia na utilização dos recursos; e, finalmente, permite desenvolver a capacidade para aprender com os erros.

Gestão do risco clínico

Uma das mais sensíveis e cruciais áreas da gestão do risco é da gestão do risco clínico. Numa breve incursão nesta área, começaremos por sublinhar que as áreas de intervenção mais comuns e frequentes são as seguintes:

- comunicação e consentimento informado;
- supervisão de pessoal inexperiente;
- conteúdo e organização do processo clínico;
- procedimentos do bloco operatório;
- falta de tempo para a prestação de cuidados;
- acção com base em resultados radiológicos ou laboratoriais;
- acção que ultrapassa o nível de competência de quem age;
- estagiários e pessoal recém-formado.²

Valerá a pena referir que, apesar das dificuldades e dos obstáculos, a gestão do risco clínico apresenta um leque de vantagens que merecem ser enunciadas. Ela promove uma comunicação melhor, um trabalho de equipa de qualidade superior, a definição clara das responsabilidades dos profissionais da saúde e, conseqüentemente, uma melhor articulação interprofissional. A gestão do risco clínico resulta ainda na criação de *guidelines* e protocolos de actuação explícitos, na formação e no desenvolvimento de competências, na melhoria da informação dada ao doente e no despiste precoce de complicações. Graças a ela, qualquer unidade de prestação de cuidados poderá beneficiar também de uma definição clara dos casos passíveis de tratamento (critérios de admissão).

Acções a empreender pelas organizações

As organizações têm um largo campo de manobra no sentido das boas práticas da gestão do risco. Quando ocorrem problemas, as organizações podem desenvolver mecanismos de participação e análise dos mesmos. O desenvolvimento de uma cultura mais aberta, onde os erros e as falhas possam ser participadas e discutidas, bem como de mecanismos que assegurem a efectividade das mudanças necessárias são outras acções possíveis. Afirmar o valor de uma abordagem baseada na prevenção, na análise e na aprendizagem com o erro é também essencial.

Acções a empreender pelos profissionais da saúde

Cada um dos profissionais da saúde poderá participar na gestão do risco tomando conhecimento do que são os acontecimentos perigosos para o doente e compreendendo-os; gerindo e participando os acontecimentos perigosos localmente; participando de forma prioritária os acontecimentos graves e classificando-os para participação a entidades externas. Os profissionais estarão ainda a gerir o risco quando se dedicarem à investigação e análise; quando participarem precocemente acontecimentos de "categoria vermelha" ou quando procederem à análise da relação entre causa e efeito e tiverem em conta os requisitos associados à participação de acontecimentos de "categoria vermelha". As investigações e os inquéritos independentes, a revisão e participação de informação agregada, a aprendizagem, implementação e monitorização de estratégias de melhoria são outras acções de que poderão ser protagonistas os profissionais da saúde.

Acções a empreender pela Ordem dos Enfermeiros

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras da ética e da deontologia profissionais.

² WILSON, Jo (1994).

Atendendo a este desiderato e aos compromissos sociais que dele decorrem, a Ordem dos Enfermeiros disponibiliza-se para participar numa plataforma que viabilize a concepção e implementação de um **sistema nacional de gestão do risco hospitalar**, capaz de contribuir decisivamente para reforçar / consolidar a confiança dos utentes no sistema de saúde e de promover a melhoria contínua da qualidade do seu desempenho.

É com agrado e de inteira justiça que publicamente reconhecamos, de novo neste momento, a enorme dedicação e o empenho que os enfermeiros, um pouco por todo o País e nas mais diversas funções, têm dedicado aos processos de acreditação da qualidade em curso, onde invariavelmente a gestão do risco é contemplada

Ousamos, por fim, deixar aqui alguns frutos da nossa experiência, sob a forma de princípios para a criação de sistemas seguros de prestação de cuidados.

Promover a liderança efectiva

- Assumir que a segurança do doente é uma prioridade institucional.
- Garantir que a segurança do doente é sentida como uma responsabilidade de todos.
- Efectuar nomeações claras e salvaguardar os descuidos com a segurança.
- Fornecer recursos para análise do erro e reestruturação dos sistemas.
- Desenvolver mecanismos efectivos para identificar e lidar com situações de risco.

Respeitar os limites humanos na reestruturação de processos

- Planear o trabalho seguro.
- Evitar a confiança na memória e na vigilância.
- Simplificar os processos-chave.
- Estandardizar processos de trabalho.

Promover o trabalho de equipa efectivo

- Treinar em equipa aqueles que se espera virem a trabalhar em equipa.

- Incluir o doente no planeamento da segurança e no processo de prestação de cuidados.

Antecipar o inesperado

- Adoptar uma abordagem proactiva: analisar as novas tecnologias e os novos processos de prestação de cuidados, no sentido de detectar ameaças, e modificá-los antes que os acidentes ocorram.
- Planear a resposta a acidentes.
- Melhorar o acesso a informação atempada e rigorosa.

Criar um ambiente de aprendizagem

- Simular sempre que possível.
- Encorajar a participação de erros e acontecimentos perigosos, através de sistemas fiáveis e amigáveis.
- Assegurar a ausência de represálias pela participação de erros.
- Promover a comunicação efectiva.
- Implementar mecanismos de *feedback* e aprendizagem com o erro.

A Ordem dos Enfermeiros, como julgamos ter demonstrado, não enjeitará as suas responsabilidades e assumirá todos os compromissos decorrentes da definição de uma estratégia que torne o nosso sistema de saúde mais seguro e eficaz. Nessa medida, seria para nós muito gratificante que esta conferência constituísse o primeiro ponto da vasta agenda da gestão do risco hospitalar em Portugal.

Bibliografia

- VINCENT, Charles – **Clinical Risk Management – Enhancing Patient Safety**. 2.ª ed. Londres: BMJ, 2001.
- WILSON, Jo; TINGLE, John – **Clinical Risk Modification – A Route to Clinical Governance?**. 1.ª ed. Oxford: BH, 1999.
- www.doh.gov.uk/orgmemreport/index.htm
- www.doh.gov.UK/buildsafenh3
- www.patientsafety.com
- www.clinicalrisk.health.vic.gov.au
- www.patientsafety.gov/index.html
- www.spci.pt

Biblioteca móvel – Um projecto solidário

Lisete Fradique Ribeiro

Enfermeira

Maria Isabel Soares*

Enfermeira

O n.º 2 do Artigo 4.º do *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, que fala sobre a cooperação, afirma: "A Ordem deverá promover e intensificar a cooperação, a nível internacional, no domínio das ciências de enfermagem, nomeadamente com instituições científicas dos Países de Língua Oficial Portuguesa e países da União Europeia".

É no quadro desta responsabilidade que se insere um projecto que a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem vindo a desenvolver em parceria com associações de enfermeiros, nomeadamente de Angola, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Trata-se de um projecto do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) já implantado em vários países africanos de língua inglesa com a designação *Mobile Library*, e que a OE julgou do maior interesse adoptar para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) com a designação de *Biblioteca Móvel (BM)*. Assim, a OE é a organização que, enquanto membro do ICN, assume a responsabilidade de conduzir o processo, assegurar a respectiva implantação e fazer o acompanhamento aos países que já manifestaram interesse (Angola e São Tomé e Príncipe) e aos que venham a aderir posteriormente.

O porquê e o que é a *Mobile Library* / *Biblioteca Móvel*

Nos países em desenvolvimento, os enfermeiros prestam mais de 80% dos cuidados de saúde. Estes enfermeiros trabalham

muitas vezes em locais com difícil acesso a informação actualizada sobre cuidados de saúde, nomeadamente sobre enfermagem.

Todavia, todos os dias, os enfermeiros são chamados para prestar cuidados a pessoas com doenças, tais como sida, tuberculose e malária, que constituem autênticos flagelos. Os enfermeiros têm, ainda, de responder às necessidades de cuidados de saúde de carácter mais geral, como a vacinação, a promoção da saúde, os partos, os cuidados aos feridos, aos velhos e aos moribundos.

Ora, muitas vezes, as fontes de informação que estes enfermeiros têm estão perigosamente desactualizadas. Os materiais de referência podem não abordar os novos problemas de saúde, nem conter a informação mais recente sobre as melhores práticas para prevenção e para o tratamento. Mesmo os professores podem estar a trabalhar com livros antigos que recomendam práticas que a investigação já provou serem ineficazes e, em alguns casos, prejudiciais.

A informação correcta pode simplesmente estar inacessível, cuidadosamente guardada em bibliotecas ou noutras instituições, que, muitas vezes, não têm os recursos para as tornar acessíveis aos enfermeiros que trabalham nesses locais. A cópia e a distribuição de materiais podem ser caras ou difíceis de concretizar.

A melhoria dos cuidados de saúde depende largamente da actualização do pessoal de saúde. A finalidade da *Biblioteca Móvel* da OE, uma versão da *Mobile Library* do ICN¹ (ML), é ajudar a preencher o fosso entre a necessidade de informação e a acessibilidade à mesma.

¹ A biblioteca itinerante do ICN teve como modelo "a biblioteca azul da Organização Mundial de Saúde".

* Responsável pelo projecto da *Biblioteca Móvel* da OE em Português.

A Biblioteca Móvel da OE, a exemplo da Mobile Library, foi desenhada de modo a:

- distribuir informação relevante e actualizada sobre cuidados de saúde, incluindo livros de referência, aos enfermeiros que trabalham em locais remotos e com difícil acesso a materiais de informação, para apoiar o trabalho e as responsabilidades dos mesmos;
- complementar as necessidades de formação dos enfermeiros, quando necessário;
- ser um instrumento eficaz para a promoção da saúde e para a prevenção da doença nos locais mais remotos;
- encorajar e garantir a aprendizagem ao longo da vida aos profissionais de enfermagem que trabalham longe dos centros onde se encontram os recursos educacionais.

A biblioteca contém livros, manuais e outra informação. Está organizada por prioridades de saúde dos locais onde ficará localizada, por exemplo: centro de saúde, hospital, escola. É dada prioridade a manuais práticos, através dos quais os enfermeiros podem facilmente aceder à informação relevante para o trabalho diário que desempenham, bem como se dá prioridade aos materiais de referência. Poderá incluir outros materiais adaptados às necessidades locais.

Organização e funcionamento da Mobile Library / Biblioteca Móvel

A biblioteca está organizada em dez **conjuntos**, distribuídos por vários temas. Os temas estão, por sua vez, organizados do seguinte modo:

- livros de referência;
- saúde na comunidade, epidemiologia, nutrição;
- saúde materna;
- saúde infantil;
- cirurgia e anestesia;
- doenças transmissíveis, controlo da infecção, vacinação;
- VIH / sida e doenças sexualmente transmissíveis;
- educação, promoção da saúde;
- gestão;
- prática da enfermagem.



A BM é transportada num baú especialmente desenhado para o efeito, resistente à humidade, aos insectos e a grandes choques.

O envio de uma ou mais bibliotecas móveis para um país exige um contrato entre o ICN / a OE e a associação de enfermeiros do respectivo país que, entre outras condições, explicita as obrigações das duas partes, como abaixo se descreve.

O ICN e a OE são responsáveis pela gestão global do projecto, o que inclui:

- angariação de financiamento;
- organização da biblioteca e transporte da biblioteca para o país;
- estabelecer e manter critérios e mecanismos para seleccionar o conteúdo da biblioteca;
- revisão e renovação periódica do conteúdo da biblioteca;
- avaliação global do projecto;

A Associação Nacional (AN) é responsável pela gestão das bibliotecas a nível do país, o que inclui:

- designar a pessoa responsável pela gestão global do projecto;
- designar os locais e as pessoas responsáveis localmente;
- providenciar o transporte do baú no país (contacto com as organizações necessárias para apoio logístico e colaboração);
- coordenar e providenciar o treino e a informação local;
- divulgar os novos materiais;
- supervisionar o projecto localmente e fornecer a informação sobre a evolução e a avaliação do mesmo;

- fazer a revisão do inventário da biblioteca e enviar a avaliação do projecto da BM para o ICN e a OE de seis em seis meses;
- informar e obter aprovação do ICN e da OE para integrar aquisições feitas localmente;
- fornecer um relatório financeiro sobre qualquer financiamento feito pelo ICN / pela OE para a gestão das bibliotecas.

A gestão das bibliotecas é feita por uma pessoa designada pela AN. Esta responsabiliza-se pela instalação, pelo inventário, pelo registo, pela colocação dos livros no baú, pelo horário de funcionamento, pelo empréstimo de livros e, de uma forma geral, pela manutenção da biblioteca em boas condições para os leitores. Existe um manual com regras muito simples que ajudam a levar a cabo esta tarefa.

Alguns dados sobre este projecto

As primeiras 20 ML, em língua inglesa, foram enviadas para o Quênia, Botswana e Zimbábue, no princípio de 2002. Desde então, mais outras 68 foram enviadas para países diversos como: Etiópia, Gana, Swazilândia, Tanzânia, Libéria, Sudão, Somália e Índia.

Actualmente, o ICN, em conjunto com o Alto-Comissariado para os Refugiados, está a preparar o envio de bibliotecas móveis para campos de refugiados em África.


No caso da ML, a sua concretização foi possível graças não só à iniciativa do ICN, mas também à ajuda da Merck, da Elsevier Science (multinacional da edição), das associações de enfermeiros – da Dinamarca, da Espanha, da Alemanha, da Noruega, entre outras –, dos enfermeiros dos países que recebem as bibliotecas e assumem a responsabilidade de distribuição, manutenção e treino para apoio da biblioteca localmente, das autoridades de saúde dos países e de organizações não governamentais.

No caso português, deve-se à OE a iniciativa do projecto com o apoio do ICN. A OE está a desenvolver esforços junto de várias organizações no sentido de formalizar algumas parcerias e solicitar apoios. Dos contactos feitos, existe a garantia da Lusodidacta de fazer um desconto significativo nas obras a adquirir nessa editora

e o empacotamento das bibliotecas para enviar para os países. A Direcção-Geral de Saúde prometeu apoiar dez bibliotecas. Entretanto, aguardam-se respostas do Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica, da Fundação Champalimaud e do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. Está em preparação o contacto com a Fundação Calouste Gulbenkian, entre outros.

Como se pode constatar pelo que atrás foi descrito, trata-se, do ponto de vista da OE, de um projecto de grande interesse por várias razões. Uma das razões é o facto de que o mesmo se insere na missão da OE (Artigo 4.º). Outra razão é a de ser uma oportunidade de ajuda efectiva a colegas que trabalham em condições muito difíceis. É também uma forma de promover a saúde junto de populações muito carenciadas, bem como é uma oportunidade de divulgar e valorizar a Língua Portuguesa, através de temas relacionados com a saúde em geral e a profissão de enfermagem em particular. Trata-se, igualmente, de uma abertura à possibilidade de estabelecer laços profissionais com colegas em vista a outros protocolos de cooperação úteis a todas as partes envolvidas.

Mas não são só os órgãos dirigentes que fazem a Ordem. Todos nós, enfermeiros, somos a Ordem. É por esta razão que vem a propósito convidar todos os enfermeiros portugueses a participarem neste projecto.

Aqui vai a sugestão: se cada um der um pouco do que tem para aqueles que nada têm, a Biblioteca Móvel pode ser uma realidade bem diferente. Este projecto ficará certamente mais enriquecido se contar com a participação do maior número de colegas possível, se todos nós, os mais de 48 000 enfermeiros portugueses, contribuirmos com apenas um euro. Não seja indiferente. Contribua. 

“O Conselho Directivo entende que os enfermeiros são por natureza empenhados e solidários. Assim, na sequência do desafio agora lançado pelas responsáveis pelo projecto e no sentido de viabilizar a participação de todos, a Ordem dos Enfermeiros colocará caixas para recolha de fundos em todas as secções regionais, bem como em todos os eventos que vier a promover este ano. Estamos certos de que não ficará indiferente. Contribua.”

Os desafios da União Europeia para os cuidados continuados – Enunciado de posição da EFN*



A Federação Europeia das Associações de Enfermeiros (European Federation of Nurses Associations, EFN) foi criada em 1971. Esta constitui a voz independente da profissão, representando mais de um milhão de enfermeiros. A EFN não representa apenas os enfermeiros dos 25 Estados-Membros da União Europeia (UE), mas também dos países que são membros do Conselho da Europa. A missão da EFN consiste em salvaguardar o estatuto e a prática da profissão de enfermeiro, bem como os interesses dos enfermeiros na UE e na Europa.

O Conselho para a Política Social e a Saúde subscreveu o "método aberto de coordenação" para lidar com os cuidados de saúde e os cuidados continuados nos Estados-Membros. A Europa reconheceu o desafio global da prestação de cuidados continuados de elevada qualidade, acessíveis e suportáveis no que respeita aos custos. Não obstante, a EFN apela a uma maior discussão relativamente aos princípios fundamentais e às estratégias necessárias nos cuidados continuados e nas questões de enfermagem que os suportam. São agora necessárias alterações nos paradigmas relativos à política de cuidados continuados. De facto, encontrar respostas para as questões de enfermagem relacionadas com os cuidados continuados irá melhorar a qualidade de vida dos doentes a quem são prestados cuidados continuados.

A EFN apela à Comissão e ao Parlamento Europeu para os aspectos a seguir indicados.

- Apela para que estas instituições tenham uma percepção da longevidade como sendo um resultado bem sucedido e

desejável da sociedade social e saudável que a Europa representa, bem como para que as pessoas mais idosas sejam valorizadas e consideradas uma mais-valia para a sociedade. O seu direito à independência, bem como a serviços de boa qualidade, acessíveis e suportáveis no que respeita aos custos têm de ser reconhecidos.

- Apela igualmente para que se altere a concentração nos custos económicos dos cuidados continuados e se comece a reconhecer a contribuição global deste sector para o emprego e o crescimento económico, bem como do seu potencial para oferecer empregos emocional e socialmente recompensadores.
- Outro dos pedidos da EFN é que a Comissão e o Parlamento Europeu concordem com o facto de não se poder continuar a justificar a compartimentação rígida dos cuidados "de saúde" e "sociais". É agora necessária uma abordagem integrada do planeamento, da organização, do financiamento e da implementação dos serviços, que pode ser mais bem conseguida através da avaliação e do melhoramento dos sistemas de avaliação e do intercâmbio das melhores práticas.
- Apela ainda para estes organismos reconheçam o papel de pessoas próximas que prestam cuidados, bem como se apercebam da importante contribuição prestada pelos mesmos, já que vão ao encontro dos três desafios fundamentais identificados pela UE, a acessibilidade, sustentabilidade, qualidade e a força de trabalho, bem como asseguram os cuidados de saúde à família, aos amigos e entes queridos do doente. Asseguram, igualmente, que as suas necessidades mais gerais são cobertas, no que respeita à agenda social europeia.
- A EFN apela ainda para que estas instituições dêem uma maior atenção à importância de uma força de trabalho profissional competente, fortemente motivada e sustentável para que se consiga promover serviços cada vez mais diversificados, internamente e entre estados-membros.

* Tradução do original inglês "EFN Position Paper on EU challenges for Long Term Care" (HC/AM).

Acessibilidade

Nos últimos anos, muito se aprendeu sobre as inter-relações e as fronteiras existentes entre a saúde e os serviços sociais. Esta aprendizagem permitiu orientar uma alteração significativa na política e na prática de saúde da UE no que à abordagem dos desafios que rodeiam os cuidados continuados diz respeito. A significativa comunidade de investigação da Europa, incluindo a comunidade de investigação em Enfermagem, precisa de considerar melhor os valores sociais e o impacte das diferentes culturas no desenvolvimento de políticas equitativas para os cuidados continuados.

A concessão de um acesso equitativo e a mistura apropriada de serviços são vitais. A população europeia mais idosa está a tornar-se cada vez mais diversificada. A ênfase crescente nas necessidades da "nova geração" de pessoas mais idosas com maiores potencialidades e melhor educação não deverá impedir os sistemas de serviços de continuarem a acomodar as necessidades de pessoas mais idosas social e / ou economicamente desfavorecidas. A igualdade de cuidados a doentes com antecedentes de migração também precisa de ser tida em consideração.

Uma população mais idosa com uma melhor educação tem também expectativas mais elevadas. Por esta razão, são necessárias melhorias urgentes na qualidade dos cuidados para ir ao encontro das expectativas dos utilizadores. Nas últimas etapas da vida, o direito de escolha – por exemplo, o acesso a um quarto individual – é de importância fundamental para o bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Há a necessidade de que seja bem definida a divisão do trabalho entre os cuidados domiciliários e em casas de saúde, cuidados de saúde pessoais e sociais, cuidados em casa e institucionais (estes incluem a prestação pública e privada de cuidados). Apesar de prestado com as melhores intenções, o cuidado pessoal de um familiar ou ente querido pode ser um fardo muito pesado. Neste sentido, os sistemas de apoio precisam de assegurar que existe o acesso a serviços profissionais de cuidados antes que ocorra uma excessiva procura e exaustão.



Recomendações

- É necessário um enquadramento regulamentar da UE para fornecer aos consumidores melhores informações sobre a prestação de cuidados e para prevenir desigualdades, que seja próximo do direito europeu de ausência do trabalho para cuidar de pessoas doentes e de crianças.
- Consideram-se igualmente necessários a avaliação e a melhoria dos sistemas de avaliação. São necessários intercâmbios de exemplos das melhores práticas no que respeita à liberdade de escolha, à qualidade de vida e aos serviços disponíveis.
- É necessária legislação europeia para os prestadores de cuidados às pessoas mais idosas / dependentes em termos de dispensa do emprego.
- É necessária a concentração nos cuidados integrados, na experiência dos doentes e na "fragilidade".
- Considera-se, ainda, que uma melhor qualidade de vida nos lares residenciais requer um maior investimento na privacidade (quartos individuais) e no conforto.

Qualidade e força de trabalho

Num contexto social de estrutura familiar alterada e de crescimento da migração, do emprego e do envelhecimento dos potenciais prestadores de cuidados, mais pessoas irão necessitar de ajuda no final da vida. Precisamos de dar resposta ao impacte das alterações nas estruturas familiares sobre os cuidados. Para os doentes, a qualidade significa independência, mais

potencialidades e escolhas no final da vida. Para os prestadores de cuidados, as questões da qualidade constituem o reconhecimento formal e informal, o apoio, a formação, a retenção e uma perspectiva de carreira atraente. Para as instituições, a qualidade é determinada pelos incentivos, pelos cuidados integrados e pelos resultados mensuráveis.

Deveria haver mais medições dos resultados positivos, tais como a qualidade de vida, a capacidade para manter a independência, a idade activa na sociedade e o exercício de uma vida social activa.

Recomendações

- A legislação nacional tem de assegurar as relações apropriadas no número de enfermeiros / doentes nos lares residenciais e em outros serviços de saúde para pessoas mais idosas. Precisamos de olhar para o grau de dependência e o grau de intervenção profissional necessários.
- É necessário o aumento das capacidades para os prestadores de cuidados, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados para as pessoas com doenças crónicas. Precisamos de identificar os prestadores de cuidados e os respectivos sistemas de pagamento disponíveis.
- Apelo à integração melhorada nos sistemas nacionais de saúde de pessoas próximas que prestam cuidados (dando apoio, assegurando a qualidade dos cuidados).
- Precisamos de implementar incentivos e aumentar o valor de uma carreira para aqueles que prestam cuidados.

Sustentabilidade


As evidências são claras: o número de doentes nos cuidados continuados irá aumentar muitíssimo no futuro, e a falta de prestadores profissionais de cuidados que já existe tem de ser resolvida. O cuidado voluntário constitui apenas parte da equação.

A sustentabilidade do sistema nacional de pensões é fortemente influenciada pelos investimentos nos cuidados continuados aos níveis nacional e europeu. No entanto, o sistema de cuidados

agudos continua a ser o líder de custos, ainda mais do que os restantes sistemas de cuidados. A experiência mostra que os cuidados de saúde agudos e os cuidados continuados não funcionam bem enquanto um sistema conjunto único: os serviços de reabilitação têm de desempenhar um papel mais importante na redução do atraso na alta dos hospitais.

Tal como afirmado anteriormente, a "nova geração" de europeus mais idosos tem mais potencialidades e boa educação, bem como uma maior resistência à perda de independência. Os cidadãos com doenças crónicas podem continuar a ser cidadãos produtivos se forem apoiados de forma adequada.

Recomendações

- Tem de haver uma alteração na ênfase que é dada aos fundos de "sistema de doença". A mesma terá de recair sobre os fundos de sistema de saúde. Deveria, igualmente, ser reconhecido o papel da prevenção e reabilitação nos cuidados continuados. A prevenção da doença e a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis para as pessoas mais idosas não podem ser subestimadas.
- A alteração necessária consiste em olhar para as pessoas mais idosas enquanto pessoas que contribuem para a sociedade e não enquanto factores de custo. A longevidade e o apoio numa idade mais avançada deveriam ser considerados como uma vantagem, como formas de apoio económico a serem consideradas.
- Os serviços de cuidados têm de responder às necessidades individuais, ser relacionados com orçamentos individuais e dar potencialidades aos doentes. Os estados-membros deveriam recompensar e apoiar os cuidados prestados em casa: são necessários maiores esforços financeiros e de inovação para assegurar que as pessoas possam receber cuidados e apoio no seu ambiente de eleição, ou seja, em casa.
- É claramente necessário mais apoio, incluindo a supervisão de pessoas próximas. Tal deveria também incorporar questões relacionadas com o rendimento, o emprego, a posição em relação à aposentação e a "dispensa para prestadores de cuidados".
- As projecções dos custos dos cuidados continuados deveriam levar em consideração as melhorias na qualidade e a prosperidade. 

Secção Regional da Região Autónoma dos Açores

III Encontro de Enfermagem da SRRAA da Ordem dos Enfermeiros 20, 21 e 22 de Outubro de 2005 – Horta

À semelhança dos dois encontros anteriores – o primeiro realizado em Angra do Heroísmo, na Ilha Terceira, e o segundo em Ponta Delgada, São Miguel –, a Secção Regional da Região Autónoma dos Açores (SRRAA) da Ordem dos Enfermeiros (OE) organizou o III Encontro de Enfermagem, na cidade da Horta. Este encontro teve como tema "Novos desafios... Outros conceitos!".



O objectivo principal do Encontro foi o de criar espaços de debate e reflexão para que os enfermeiros pudessem, em conjunto, partilhar ideias e experiências em relação aos novos desafios. Neste sentido, tentou-se que do programa constassem várias temáticas, que estão na ordem do dia e são especialmente relevantes para o desenvolvimento da enfermagem.

No primeiro dia, 20 de Outubro, os trabalhos iniciaram-se com a conferência inaugural, proferida pela Senhora Bastonária, intitulada "Cuidados de Proximidade – Os enfermeiros como



recurso de saúde dos cidadãos". A Enfermeira Maria Augusta afirmou que a criação dos serviços de proximidade poderá tornar-se um vector importante para a melhoria das respostas às necessidades em cuidados de saúde aos cidadãos. Por esta razão, a OE entende ser imperativo conceber um novo modelo organizacional, de base loco-regional, com implementação à escala nacional. Referiu ainda que os enfermeiros, enquanto recurso de saúde para os cidadãos, no quadro da clarificação do modelo organizacional dos cuidados e funcional das equipas prestadoras, são um valor acrescido para os ganhos em saúde da população a quem os cuidados se dirigem.



Os trabalhos prosseguiram com uma mesa-redonda intitulada "A Qualidade na Prática Profissional". Esta mesa, moderada pela Enfermeira Carmen

Andrade, teve como intervenientes a Enfermeira Laurentina Teixeira, na qualidade de presidente da Comissão de Especialidade em Enfermagem Comunitária da OE, o Engenheiro Jorge Macedo e o Dr. Fernando Soares, vogal administrativa do Centro de Saúde da Ribeira Grande. Os três intervenientes abordaram assuntos como a definição da qualidade, dos sistemas de qualidade, da qualidade em saúde, como implementar um sistema de qualidade e o impacte destes sistemas na saúde da população e nas organizações. O facto de dois dos participantes não serem da área de intervenção da saúde constituiu uma mais-valia, pois permitiu uma abordagem da temática de acordo com diferentes perspectivas de actuação.

Após o almoço, seguiu-se uma mesa-redonda sobre o desenvolvimento da Classificação Internacional para a prática da Enfermagem (CIPE) nos Açores. A mesa foi moderada pela Enfermeira Laurentina Teixeira e teve como intervenientes o Enfermeiro Filipe Pereira, professor da Escola Superior de Enfermagem de São João do Porto, as enfermeiras Amy Gomes e Andrelina Bettencourt, do Hospital da Horta, e o Enfermeiro Orlando Livramento do Centro de Saúde da Praia da Vitória. Concluiu-se, no final da mesa-redonda, que, apesar das dificuldades de implementação, a CIPE é um instrumento essencial para a prática de enfermagem, sobretudo porque permite a sistematização dos cuidados a prestar ao utente, bem como permite que os mesmos sejam prestados de forma coerente. Este instrumento permite, ainda, rapidez e simplicidade na realização dos registos,

uniformização da linguagem e visibilidade dos cuidados de enfermagem.

O dia terminou com uma conferência realizada pelo Enfermeiro Jacinto Oliveira, vice-presidente da OE, intitulada "As Condições do Exercício profissional / Substituição dos Enfermeiros por Não Enfermeiros". O Enfermeiro Jacinto falou, entre outras coisas, do estudo que a OE encomendou a uma entidade externa. Tal estudo consistiu na análise das condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, e foi publicado em livro. Este estudo foi apresentado após a sua conferência.

O segundo dia de trabalhos iniciou-se com uma conferência proferida pela Enfermeira Lúcia Leite, presidente da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE, sobre o tema "Especialidades em Enfermagem – Perspectivas de futuro e implicações...".



ARQUIVO OE

Os trabalhos prosseguiram com uma mesa-redonda com o título "Certificação de Competências – Um caminho para o Desenvolvimento Profissional". A mesa foi moderada pela Enfermeira Carmen Andrade. A primeira interveniente foi a Enfermeira Teresa Marçal, vice-presidente do Conselho Directivo da OE. Por sua vez, o Professor Albino

Lopes do ISCTE falou sobre as competências e como avaliá-las. Mencionou, ainda, alguns modelos de competências, onde especificou as competências em enfermagem, relacionando-as com o modelo actual de construção da identidade da enfermagem.

A tarde iniciou-se com a apresentação das comunicações livres. Foram apresentadas quatro comunicações livres sobre temáticas variadas. Entre elas, destacam-se os cuidados domiciliários, os conflitos interpessoais em enfermagem, as experiências de cuidar em África e os contributos da hospitalização do enfermeiro para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Seguiu-se uma conferência realizada pela Enfermeira Lucília Nunes, presidente do Conselho Jurisdicional da OE, intitulada "A perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros". A gestão do risco é um conceito recente na enfermagem em Portugal. Além de ter abordado os fundamentos da gestão do risco em enfermagem, a Enfermeira Lucília abordou esta temática numa perspectiva ética já que prestar cuidados seguros aos cidadãos pertence ao âmbito da ética, e estes cuidados estão directamente implicados com a gestão do risco.

Foi também a Enfermeira Lucília Nunes que fez a apresentação do livro *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à Análise dos Casos*.

O terceiro, e último, dia de apresentação de trabalhos (o dia 22 de Outubro) iniciou-se com uma mesa-redonda subordinada ao tema "Actividades Autónomas e Interdependentes de Enfermagem". A moderadora foi a Enfermeira

Ajuda Neves. Os intervenientes foram a Enfermeira Manuela Martins, professora na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, que apresentou as primeiras conclusões do trabalho, ainda não concluído, sobre a autonomia dos enfermeiros, mais especificamente o que sentem os enfermeiros sobre a sua autonomia. A Enfermeira Maria de Deus Rocha Furtado, enfermeira-supervisora do Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada, abordou a autonomia relacionando-a com a história e o desenvolvimento da enfermagem. Por último, a Enfermeira Manuela Ferreira, vogal e enfermeira do Centro de Saúde de Ponta Delgada, focou as questões da autonomia relacionadas com o desempenho e as actividades dos enfermeiros no que aos cuidados de saúde primários respeita.

Seguiu-se uma conferência levada a cabo pelo Enfermeiro Nelson Guerra, presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE, regida pelo tema "A Enfermagem nas Situações de Catástrofe". A ênfase da conferência foi colocada na necessidade de os enfermeiros estarem preparados para prestar assistência adequada em situações de catástrofe.

Os trabalhos terminaram com uma apresentação da Enfermeira Graça Machado, presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional dos Açores da OE, intitulada "A Ordem dos Enfermeiros nos Açores: contributos para o desenvolvimento da enfermagem". Foram apresentadas as diversas actividades desenvolvidas por esta secção, e realçou-se o respectivo impacte e contributo para o desenvolvimento da enfermagem nos Açores.

Em síntese, o Encontro contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional de todos os que nele participaram. Nele emergiram questões e contributos para futuras reflexões, como o imperativo da participação da OE no diagnóstico da situação e na procura de soluções para a definição das prioridades em cuidados de saúde, no sentido de poder melhorar os seguintes aspectos: as respostas às necessidades dos cidadãos e os resultados produzidos em saúde; a necessidade do desenvolvimento e da implementação de sistemas de qualidade em saúde, sistemas de informação e de um sistema de certificação de competências; a gestão do risco, nas suas diferentes perspectivas, como uma das áreas emergentes da enfermagem a aprofundar e a necessidade do desenvolvimento de estudos / reflexões sobre a autonomia da enfermagem e o que ela representa para os enfermeiros.

A grande adesão e participação dos colegas demonstraram, mais uma vez, a pertinência deste tipo de eventos, principalmente em zonas periféricas, onde é muito mais difícil aceder à informação.

Esta participação e este interesse manifestaram-se pela presença nas sessões: em algumas sessões, a sala esteve completamente cheia de participantes activos, que intervinham colocando questões e promovendo o debate. Intervieram igualmente na avaliação final: consideraram que a metodologia, a temática e a qualidade dos conferencistas foram muito satisfatórias. Saliente-se ainda que na avaliação final foi quase unânime a apreciação muito positiva do Encontro

e o incentivo à continuação da realização destes eventos.

A todos os colegas que contribuíram para o sucesso do Encontro, bem hajam!

Nota: algumas das apresentações do Encontro estão disponíveis no sítio da Internet da Secção Regional dos Açores da OE (<http://www.ordemenfermeiros.pt/>).

Padrões de qualidade na prática de enfermagem



ARQUIVO OE

Os padrões de qualidade têm sido o eixo de intervenção prioritária da Ordem dos Enfermeiros (OE). O motivo de tal interesse é o de garantir que estes padrões não só sejam benéficos para a observância e monitorização dos cuidados, bem como funcionem como instrumentos que garantam a maximização da qualidade dos cuidados. Os padrões de qualidade têm sido alvo de preocupação e empenho por parte da Ordem, e o objectivo primordial da OE é, precisamente, a inclusão dos mesmos, a curto e médio prazo, na prática diária da actividade profissional dos enfermeiros. Citando Hesbeen, "uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver [...]. Ela requer

uma atenção particular para com as pessoas [...] Ela procede da utilização coerente dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe [...]. Ela inscreve-se num contexto organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados"(2001:53).



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

Com o intuito de se divulgarem os padrões de qualidade e, portanto, promover a apropriação, pelos enfermeiros, do enquadramento conceptual e dos enunciados descritivos, a OE criou, em parceria com algumas instituições de saúde do País e desta região em particular, uma rede de formadores. Com vista à promoção da viabilização deste objectivo, a SRRAA realizou visitas pelas diferentes instituições da região. Era, pois, objectivo da SRRAA a criação de uma rede de colaboradores, na qual cada uma das unidades destas instituições seria representada por um enfermeiro. Estes enfermeiros desenvolveriam, em articulação com os formadores,

actividades de reflexão, no contexto real da prática de cuidados, bem como levariam a cabo análises de casos tendencialmente potencializadores da apropriação do enquadramento conceptual e enunciados descritivos assumidos e divulgados pela OE. Neste sentido foram realizados, entre os dias 14 a 18 do mês de Novembro, dois encontros de formação, em Ponta Delgada, nos Açores, no Hospital do Divino Espírito Santo e no Hotel de Ponta Delgada, respectivamente. Um dos encontros destinou-se aos colaboradores e o outro aos formadores, e tiveram o objectivo de os capacitar para implementarem, nos seus serviços, a estrutura concebida de análise de caso nas unidades que representam.

É de enaltecer a organização destes encontros, bem como o empenho quer


dos responsáveis pelo evento, quer de todos os enfermeiros presentes, já que nos deram a conhecer uma diversidade de realidades e opiniões. Retivemos, nestes dias, que, por vezes, utilizamos empiricamente, na nossa prática, algumas premissas de boa prática contempladas nos enunciados descritivos e / ou no enquadramento conceptual, mas raramente na sua globalidade. Todavia, fomos unânimes em reconhecer que o utente é o alvo dos nossos cuidados, e, como tal, deverá ser contemplado na sua plenitude, enquanto ser único e indivisível.

Poderão ser vários os factores ou as condicionantes, quer de natureza intrínseca quer de natureza extrínseca, que nos impossibilitam ou impeçam na sua consecução. Contudo, quando confrontados com casos práticos, são várias as lacunas que detectamos.

Mas será tão difícil alterarmos ou modificarmos o que reconhecemos e termos consciência de que poderia ser de outro modo?

Quando daremos visibilidade às nossas intervenções autónomas?

Os guias orientadores para a boa prática não seriam uma mais-valia para os enfermeiros?

Estas foram algumas das questões que ficaram do encontro, com o propósito de que a receptividade e vontade de progredir e de dar continuidade aos compromissos assumidos continuassem presentes. Estamos conscientes de que vários obstáculos surgirão. Estamos, também, convictos de que a relação interpessoal, de interajuda e persistência são fundamentais para o sucesso deste projecto. 



Este ano, a Ordem dos Enfermeiros comemorou este dia com uma nova iniciativa, distribuindo por todas as instituições de saúde do País exemplares do postal aqui reproduzido com o intuito de fomentar a comunicação (neste caso, a escrita) entre as diversas gerações das famílias.

Secção Regional do Centro

III Encontro Ibérico de Enfermagem



ARQUIVO OE

Nos dias 7 e 8 de Outubro, realizou-se, na Universidade da Beira Interior, o III Encontro Ibérico de Enfermagem. Este encontro, com o tema "Envelhecimento Saudável", foi organizado em conjunto com o Colégio Oficial de Enfermeria de Cáceres. O objectivo desta iniciativa foi o de aprofundar áreas temáticas relacionadas com o envelhecimento saudável, bem como com as competências do enfermeiro no que respeita aos cuidados prestados

ao idoso, os meios técnicos de apoio à pessoa idosa e as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa idosa.

Foram ainda levados a cabo neste encontro debates, reuniões de trabalho, visitas a instituições locais, bem como se deram a conhecer iniciativas para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Teve lugar, também neste encontro, a comemoração do Dia Internacional das Pessoas Idosas, que incluiu a distribuição de postais alusivos ao dia e contactos com idosos e com instituições de saúde públicas, privadas e cooperativas.

A escolha da Covilhã e da Universidade da Beira Interior para esta iniciativa foi acolhida prontamente pelas organizações e entidades locais e regionais. Foi, assim, permitido aos enfermeiros da região transfronteiriça a partilha de saberes, práticas e projectos favorecedores das populações locais, no que diz

respeito aos cuidados de enfermagem de qualidade e à dinamização da discussão de políticas de saúde adequadas às necessidades.



ARQUIVO OE

Workshops: O Enfermeiro de Família / Indicadores de Qualidade em CSP

A Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a Comissão de Especialidade de Enfermagem Comunitária, em articulação com a Secção Regional do Centro, promoveu a realização de quatro *workshops* nas sub-regiões de saúde de Viseu, Leiria, Castelo Branco e Coimbra. Com o tema "O Enfermeiro de Família / Indicadores de Qualidade em CSP", estes *workshops* destinaram-se aos enfermeiros-gestores das referidas instituições.

Da análise a estes *workshops* ressaltaram alguns aspectos, tais como a importância e a actualidade da temática para a aferição de conceitos, a reflexão sobre novas metodologias de intervenção e a necessidade destas discussões serem alargadas aos contextos dos centros de saúde.

Apesar do reconhecimento da importância desta filosofia e desta



ARQUIVO OE

metodologia da organização para a qualidade e para a proximidade da prestação de cuidados de enfermagem, foram apontados alguns constrangimentos à implementação do modelo. Estes constrangimentos dizem essencialmente respeito à falta de recursos humanos, de viaturas e às dificuldades ao nível da estrutura física.

Projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados e Sistemas de Informação de Enfermagem

De acordo com o previsto, procedeu-se, no passado dia 17 de Outubro, à assinatura do protocolo entre a Ordem dos Enfermeiros e as instituições de saúde da região Centro que aderiram ao projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados e Sistemas de Informação de Enfermagem.

As instituições que aderiram a este projecto foram:

- sete hospitais (Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Visconde de Salreu, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Hospital Infante D. Pedro, Hospital José Luciano de Castro, Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo e Hospital de S. Miguel);
- duas sub-regiões de saúde (Aveiro e Guarda);
- duas escolas superiores de enfermagem (ESE Guarda e ESECV – Oliveira de Azeméis).

Na sequência deste projecto, realizou-se, nos dias 7, 8 e 9 de Novembro, o primeiro módulo de formação dos dinamizadores institucionais, 25 no total. Os conteúdos abordados neste módulo foram o enquadramento conceptual da profissão e os enunciados

descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Melhoria Contínua da Qualidade.

Em suma, foi considerado por todos os intervenientes que este projecto constituiu uma mais-valia para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Consideraram, igualmente, que a parceria estabelecida entre a Ordem e as instituições foi também uma mais-valia para a concretização do projecto.

Encontros de Enfermagem de Cuidados Gerais e Especialidades



Na prossecução do cumprimento do respectivo plano de actividades e com a finalidade de identificar, partilhar e discutir projectos e experiências de excelência que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros realizou, no último trimestre de 2005, os Encontros de Enfermagem de Cuidados Gerais, nos distritos da Guarda, de Castelo

Branco, de Aveiro e de Coimbra. Em cada um destes encontros, realizou-se uma conferência inaugural intitulada "Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais". A conferência inaugural foi proferida por colegas da Comissão de Cuidados Gerais, a quem apresentamos o nosso agradecimento.

Os Encontros de Enfermeiros Especialistas realizaram-se em Coimbra e nelas foram abordadas as especialidades de enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermagem comunitária e saúde infantil e pediátrica.

Os projectos apresentados reflectiram preocupação, pertinência, oportunidade, entusiasmo, criatividade e inovação. Demonstraram, também, que os enfermeiros estão na linha da frente para responder às necessidades concretas do cidadão, da família e da comunidade no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, bem como contribuem para a obtenção de ganhos em saúde.

Nestes encontros, foram identificados alguns constrangimentos, tais como a escassez de recursos humanos e materiais, as resistências organizacionais à inovação etc., que carecem de uma maior atenção por quem de direito. Ficou igualmente patente a urgência em desenvolver e implementar sistemas de informação que possibilitem e facilitem a gestão global dos serviços, evidenciem os resultados destes projectos e destas experiências, e tornem mensuráveis os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Na sequência destes encontros, é intenção da Secção Regional proceder

à compilação de todos os projectos e de todas as experiências apresentados, a fim de divulgá-los, para que possam chegar ao conhecimento de todos e serem alvo de uma possível replicação.

A todos os colegas que generosamente se dispuseram a partilhar os seus contributos para uma sociedade mais saudável, o nosso muito obrigado e votos de muito sucesso.

Outras realizações

Formação na APPACDM

No âmbito do protocolo de cooperação existente entre a Secção Regional do Centro e a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Coimbra, instituição que tem um protocolo de cooperação com a Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, está em fase de execução, desde Junho de 2005, um programa de formação para os seus profissionais. No âmbito deste programa, serão abordados os seguintes temas: primeiros socorros, doenças infecto-contagiosas, malefícios do tabaco, planeamento familiar e cuidados básicos de higiene / alimentação racional. A formação terá lugar em todos os seus centros: Tocha, Arganil, Montemor-o-Velho, São Silvestre e Coimbra (Colégio de St.ª Maria, Centro de Formação Profissional).

Foram já realizadas 22 sessões sobre os temas referidos e nos locais citados, e o balanço das mesmas é considerado muito positivo por todos envolvidos.

A ida aos vários centros permitiu conhecer de perto a realidade desta

instituição, bem como permitiu reconhecer a mais-valia que esta representa, já que contribuiu decisivamente para a qualidade de vida dos nossos cidadãos portadores de deficiência mental.

Curso básico de fotografia

Está a decorrer um curso básico de fotografia sob orientação de um profissional desta arte. Com a duração de 40 horas, este curso tem como principal objectivo sensibilizar os enfermeiros para a análise crítica da imagem enquanto meio de observação e documentação da realidade e das práticas de cuidados.

Comemoração do Dia Internacional da Pessoa Deficiente e lançamento do livro *Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*



No âmbito das comemorações do Dia Internacional da Pessoa Deficiente, teve lugar, no dia 19 de Outubro, um concerto no Centro Comercial Atrium Solum da **Orquestra Clássica do Centro**, sob a direcção do Maestro Virgílio Caseiro. Este evento, que decorreu conjuntamente com o lançamento do livro supracitado, contou com a presença de 17 organizações e associações

de cidadãos deficientes, bem como com a actuação do grupo musical da APPACDM, os Caoboyos.


Reunião dos órgãos sociais e colaboradores

Com a finalidade de fazer o ponto de situação do desenvolvimento do plano de actividades na região, realizou-se, no dia 11 de Novembro de 2005, uma reunião dos órgãos sociais e colaboradores, à qual se seguiu um magusto.

A reunião, que contou com a presença de 25 membros e colaboradores, teve lugar no Hotel D. Luís, entre as 15 e 18 horas. Nela foram debatidos, entre outros temas, assuntos relacionados com o contexto de trabalho e funcionamento da rede de colaboradores.

Visitas institucionais

Para conhecer as práticas profissionais e as condições de trabalho, bem como tratar de assuntos de interesse comum da Ordem e das instituições, estão a ser realizadas visitas nos vários distritos da Região Centro. Nos últimos dias, visitámos as seguintes instituições:

- Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Aveiro;
- Clínica de Oiã, no distrito de Aveiro;
- Hospital Distrital de São João da Madeira;
- Hospital S. Miguel – Oliveira de Azeméis;
- Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis;
- Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes;
- Centro Hospitalar de Coimbra. 

Secção Regional da Região Autónoma da Madeira Actividades

Na sequência do que tem sido a nossa participação neste espaço da *Revista* destinado às secções regionais, contamos enunciar as principais actividades recentemente desenvolvidas. Pretendemos, igualmente, apresentar algumas das actividades que perspectivamos efectuar num futuro próximo.

Nesta conformidade, passaremos a referir aquelas que consideramos de maior relevo e importância para os colegas, em geral, e para os da Secção Regional da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Enfermeiros (SRRAMOE), em particular.

Assim, como de resto fora anunciado no penúltimo número da *Revista* (o último foi dedicado na íntegra à participação da OE no Congresso do ICN), realizou-se, no passado dia 22 de Junho, uma reunião com todos os membros dos órgãos sociais regionais. Nesta reunião, efectuámos o ponto de situação das actividades do primeiro semestre de 2005 e perspectivámos as do segundo. Tivemos ainda a oportunidade de reflectir sobre o funcionamento interno e externo da Secção Regional, bem como de recolher contributos para a melhoria contínua do seu funcionamento.

Inserido no programa de deslocação da Digníssima Bastonária à Região, realizámos um passeio-convívio no passado dia 25 de Junho no Caminho do Pico das Pedras / Queimadas, em Santana.

Durante este passeio-convívio, os participantes tiveram a oportunidade de interagir com a Senhora Bastonária,

bem como puderam usufruir de um almoço confeccionado no local.



Na segunda-feira, dia 27 de Junho, efectuámos uma visita institucional a um centro de saúde do norte da Ilha da Madeira (Santana) e a um dos hospitais psiquiátricos (Casa de Saúde de S. João de Deus). Participaram também nesta visita a Senhora Bastonária e os membros do Conselho Directivo, de Enfermagem e Jurisdicional regionais.



Da avaliação efectuada a ambas as visitas, concluímos que as mesmas foram de enorme importância para a verificação *in loco* das condições do exercício profissional, tendo, inclusive, sido identificadas algumas potencialidades e alguns constrangimentos. Salientamos o destaque dado pela comunicação social, bem como algumas das consequências no que respeita à

mudança em relação à resolução de alguns dos problemas identificados.

Na terça-feira, dia 28, realizou-se um *workshop* intitulado "Padrões de Qualidade e Prática Profissional". Este *workshop* foi organizado em parceria com as direcções de Enfermagem do Serviço Regional de Saúde, e destinou-se aos enfermeiros da área da gestão e representantes de cada equipa de enfermagem dos estabelecimentos de saúde públicos e privados da RAM. Da avaliação efectuada, realçamos a elevada satisfação dos participantes, independentemente da categoria profissional, relativamente ao facto de, pela primeira vez em eventos congéneres, terem tido a oportunidade de debater aspectos da prática profissional na presença de colegas que prestam directamente os cuidados, de colegas da área da gestão, assim como de docentes de enfermagem.



Além da Digníssima Bastonária, participou também neste evento a Senhora Enfermeira Helena Almeida, do Conselho de Enfermagem, na qualidade de conferencista. Após a conclusão dos trabalhos de grupo e do *workshop*, procedeu-se à divulgação do livro *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise*

de Casos com a presença das senhoras enfermeiras Lucília Nunes, presidente do Conselho Jurisdicional e Merícia Bettencourt, presidente do Conselho Jurisdicional Regional. É de realçar que foi publicado nesta reedição do *Código Deontológico do Enfermeiro* a análise de um dos casos resultantes da prática de enfermeiros da Região.



Neste mesmo dia, procedeu-se à assinatura do contrato para a conclusão das obras da nova sede da SRRAMOE, a qual contamos que entre em funcionamento no decurso do próximo Verão.

No dia 8 de Outubro, foi organizada, igualmente em parceria com as direcções de Enfermagem do SRS, uma conferência subordinada ao tema "Indicadores de Enfermagem – CIPE, Versão I". Neste evento, tivemos a honra de contar com a presença da Dr.^a Amy Coenen, directora do programa de Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) do Conselho Internacional dos Enfermeiros, que nos apresentou as principais alterações operadas na nova versão da CIPE. Contámos, ainda, com a participação do Senhor Enfermeiro Filipe Pereira, da Escola Superior de Enfermagem de S. João, que abordou o tema "Resumo Mínimo de Enfermagem". Pudemos ainda assistir à conferência proferida pela Senhora

Enfermeira Laurentina Santa, do Conselho de Enfermagem, intitulada "Padrões de Qualidade, Enunciados Descritivos e Indicadores de Enfermagem". Nesta conferência participaram, entre outros, os enfermeiros da área da gestão, num total de 296 participantes.



Mais recentemente, no dia 14 de Novembro, efectuámos uma visita onde pudemos estar em contacto directo com o trabalho desenvolvido por enfermeiros do Serviço de Protecção Civil da Câmara Municipal do Funchal. Participou, nesta visita, o senhor vereador responsável por esta área.

Além da participação de membros de todos os órgãos sociais nas actividades consideradas, pela sua natureza transversal, aprez-nos referir algumas das actividades desenvolvidas pelo Conselho de Enfermagem Regional (CER).

Durante o ano de 2005, o CER tem vindo a desenvolver um trabalho com o objectivo de caracterizar os enfermeiros especialistas da Região Autónoma da Madeira (RAM), de acordo com o tipo de especialização. Os resultados deste estudo permitirão conhecer, de uma forma mais detalhada e realista, o panorama actual das especialidades na região, proporcionando a identificação de necessidades e facilitando o planeamento de novos cursos de especialização na RAM.

Foram igualmente realizados **12 encontros de reflexão**, com os enfermeiros de cuidados gerais, entre os meses de Maio e Novembro, em quatro auditórios da RAM, situados nas zonas do Funchal (Centro de Saúde de S. Roque), zona Leste (Centro de Saúde de Machico), zona Oeste (Centro de Saúde Ribeira Brava) e Porto Santo (Centro de Saúde Porto Santo). Estes encontros foram desenvolvidos de acordo com as necessidades identificadas nos *workshops* regionais realizados durante o ano de 2004. No total, participaram cerca de 250 enfermeiros.

Os encontros sobre a **dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem** foram orientados pela Enfermeira Professora Clara Sales Correia. A apresentação intitulada "A fase terminal da vida e a morte" foi orientada pela Enfermeira-Chefe Sandra Ferreira e pela Enfermeira Luísa Cró, e a orientação da comunicação "A imagem social do enfermeiro" coube à Enfermeira Professora Olívia Barcelos.

Além do encontro realizado no dia 21 de Outubro de 2005 com enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, já aqui anteriormente referido, realizou-se igualmente o **Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, no auditório da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. Este encontro foi desenvolvido com a colaboração da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE. Este evento teve como objectivo reflectir sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, e nele estiveram presentes 20 enfermeiros especialistas e 15 enfermeiros-chefes

de unidades hospitalares e centros de saúde da RAM.



ARQUIVO OE

Durante a parte da manhã, foram apresentadas algumas "experiências de sucesso" de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, sob a moderação da Enfermeira Professora Olívia Barcelos. A Enfermeira Madalena Ramos falou sobre a sua experiência, através da apresentação do trabalho "Intervenções em Neonatologia". Também a Enfermeira Adelaide Verde partilhou connosco as suas experiências, através da apresentação do seu trabalho, "Intervenções em Adolescentes". As enfermeiras Inês Correia e Ana Azevedo, por sua vez, deram-nos a conhecer o trabalho por elas realizado intitulado "Vigilância em Saúde Infantil na Área do Desenvolvimento da Criança", e as enfermeiras Lúcia Pereira e Fátima Fernandes apresentaram-nos a comunicação "Manuais de Boas Práticas em Saúde Infantil e Juvenil na Consulta de Enfermagem".

Na parte da tarde, os trabalhos apresentados, sob a moderação da Enfermeira Conceição Alegre, enquadraram-se no tema "Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica – Que Perfil de Competências?". O primeiro trabalho intitulou-se "O Enfermeiro Especialista em Cuidados de Saúde Primários", e foi apresentado pelas enfermeiras Conceição Duarte

e Alícia Fernandes, seguindo-se o trabalho "O Enfermeiro Especialista em Contexto Hospitalar", apresentado pela enfermeira Gilda Sousa. O trabalho "As competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica – contributo para o perfil de competências" foi apresentado pela Enfermeira Fernanda Abreu.

Um outro evento, o **Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**, realizou-se no dia 14 de Novembro de 2005, por iniciativa do Conselho de Enfermagem da Secção Regional da Madeira, no auditório do Centro de Saúde de S. Roque. Este encontro teve por objectivo reflectir sobre as competências do enfermeiro especialista nesta área, e nele estiveram presentes 21 enfermeiros com esta especialidade. Foram realizadas, durante a manhã, duas conferências moderadas pelos enfermeiros Victor Fernandes e Miguel Camacho. Uma conferência, com o tema "Competências Profissionais", foi apresentada pela Dr.ª Manuela Santos, e a outra, intitulada "Dialéctica e Saúde Mental", pelo Professor Doutor Walter Oswald. Na parte da tarde, realizou-se um *workshop* sobre o tema "Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental", moderado pelo Enfermeiro José António.

Até ao passado mês de Setembro, continuaram a ser realizados os nossos habituais passeios pedestres, encontrando-se os mesmos, neste momento, a aguardar melhores condições climáticas. Contamos retomá-los na próxima Primavera.

Mais recentemente, os membros dos órgãos sociais da SRRAMOE participa-

ram, em Leiria, no encontro nacional, visando a preparação das actividades para o próximo ano.




ARQUIVO OE

A nível regional, está agendado para o dia 6 de Dezembro um segundo encontro de órgãos sociais para avaliação do segundo semestre e preparação do relatório e plano de actividades para o ano de 2006.

A SRRAMOE também colaborou com a ACEPS, o Sindicato dos Enfermeiros da RAM e a ACERAM na preparação de um convívio de Natal com os enfermeiros que se realizou dia 7 de Dezembro.

Também no próximo mês de Fevereiro, o Conselho Jurisdicional Regional prevê realizar mais um seminário regional de ética na nossa Região e efectuar contactos com os enfermeiros no seu local de trabalho, tendo como objectivo a interajuda e tendo em atenção os princípios, os valores e os deveres dos enfermeiros preconizados no seu *Código Deontológico*.

Gostaríamos também de expressar o nosso sentimento de satisfação pela forte adesão dos nossos colegas às actividades da SRRAMOE, pela elevada cooperação dos órgãos nacionais e implicação dos membros dos órgãos regionais que se fez sentir no último ano. 

Secção Regional do Norte

Ao longo de 2005, a Secção Regional do Norte (SRN) realizou ciclos de debate nos cinco distritos da região Norte. A avaliação destes ciclos tem sido muito positiva. Tal deve-se às questões debatidas, à oportunidade de estar "mais perto" dos colegas e de sentir as respectivas preocupações e ainda à divulgação de exemplos de boas práticas.



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

Realizámos visitas institucionais a várias instituições de saúde dos cinco distritos, com os objectivos de:

- conhecer as realidades da região;
- promover a melhoria das condições para o exercício profissional e respectivo controlo;
- divulgar o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos dos padrões de qualidade;
- promover o projecto de apoio aos sistemas de informação suportados

pela Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem.

No âmbito das escolas superiores de enfermagem, participámos na palestra sobre "Ordem dos Enfermeiros – Estatuto, funções e objectivos", organizada pela Escola Superior de Enfermagem Dr. José Montalvão Machado, em Chaves, e realizada no dia 4 de Julho de 2005. Participámos, igualmente, na avaliação do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de São João, no Porto, realizada a 15 de Novembro de 2005. Finalmente, estivemos também presentes na Semana de Reflexão, organizada pela Universidade Fernando Pessoa, em Julho de 2005.

Relativamente a representações, a SRN esteve presente em várias jornadas e em vários simpósios na área da saúde. Participou também em outros eventos, dos quais salientamos a cerimónia de tomada de posse do Conselho de Administração da ARS Norte (22 de Junho) e a Sessão Solene de Homenagem aos Professores Doutores António Damásio e Hanna Damásio, realizada na Câmara Municipal do Porto, no dia 24 de Setembro.

Passeio no Douro

No dia 22 de Setembro, realizou-se o passeio pelo Douro, organizado pela Secção Regional do Norte. A opinião de todos foi unânime: a iniciativa foi um sucesso.

Partimos do Cais da Ribeira, no Porto, em direcção à Régua. Navegámos por

aquele que é considerado o traço mais forte do Norte de Portugal: o Douro. Pudemos apreciar os "sucessivos e longos espelhos de água", as encostas e os socacos, sempre acariciados pelo Sol.



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

Durante a manhã, decorreu a apresentação da nova edição do *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Esta apresentação contou com as intervenções da Enfermeira Teresa Marçal, do Conselho Directivo (em representação da Senhora Bastonária),



ARQUIVO OE



ARQUIVO DE

Código e respectivas implicações no dia-a-dia dos enfermeiros”.

O resto do dia decorreu de forma harmoniosa, sob inspiração do *Nautilus*, com o convívio entre todos os colegas e com a certeza de que estes espaços e estes momentos são importantes para nos conhecermos melhor, partilharmos opiniões, reflectirmos sobre a profissão e, claro, para nos divertirmos.

Regressámos ao Porto, no comboio que serpenteia na margem direita, embalados pelo seu ritmo dolente e deslumbrados com a “paisagem que Deus não quis fazer sozinho”.



ARQUIVO DE

do Enfermeiro Rogério Gonçalves, do Conselho Jurisdicional, e da Enfermeira Margarida Filipe, presidente do Conselho Directivo Regional. Foi feita uma breve abordagem sobre o caminho percorrido e a importância deste livro, que se constitui como “mais uma possibilidade de reflectir sobre o

Conferência CIPE

Realizou-se, no dia 10 de Outubro, a Conferência CIPE (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem), organizada pela Ordem dos Enfermeiros, no Seminário de Vilar – Porto. Este dia de trabalhos começou com uma conferência inicial proferida pelo Enfermeiro Élvio de Jesus, presidente do Conselho Directivo da Secção Regional da Madeira, cujo tema foi “O Sistema de Informação em Enfermagem: suporte à decisão política e garantia da qualidade dos cuidados”.

Seguiu-se a partilha de experiências relacionadas com a utilização da CIPE em Portugal. Os enfermeiros das várias instituições presentes puderam trocar opiniões, comparar estádios de desenvolvimento relativamente a esta matéria e ainda estabelecer contactos para acelerar o processo de implementação da CIPE / SAPE (Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem) nas instituições.

A manhã terminou com a análise de duas experiências (Escola Superior de Enfermagem de São João – Porto e Escola Superior de Saúde de Setúbal) de utilização da CIPE no curso de licenciatura em Enfermagem. Foi referida a importância da CIPE no desenvolvimento curricular, na medida em que pode ser estruturante e estruturadora do conhecimento em enfermagem.

No início da tarde, a representante do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), a Enfermeira Helena Simões, abordou as perspectivas de evolução da SAPE e dos sistemas de informação em saúde.

Por último, foi efectuada a apresentação da primeira versão da CIPE pela Enfermeira Amy Coenen, que fez uma breve abordagem ao processo que conduziu a esta nova versão, às alterações e às vantagens da mesma.

A Sessão de Encerramento contou com a presença da secretária de Estado adjunta do Ministro da Saúde, Dr.ª Cármen Pignateli, do presidente da ARS Norte, Dr. Maciel Barbosa, da Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Enfermeira Maria Augusta de Sousa, do presidente do Conselho de Enfermagem, Enfermeiro Delfim Oliveira, e da presidente do Conselho Directivo da SRN, Enfermeira Margarida Filipe.

A secretária de Estado adjunta do Ministro da Saúde fez referência às vantagens da CIPE, nomeadamente, enquanto instrumento promotor da reflexão crítica, potenciador de uma articulação mais eficaz entre os hospitais e centros de saúde. Aludiu também ao facto de a mesma permitir igualmente uma avaliação mais



ARQUIVO DE



ARQUIVO DE

rigorosa, bem como o desenvolvimento da investigação nesta área.

A Bastonária da OE salientou o facto de neste encontro estarem presentes representantes das instituições de saúde, do ensino e da OE, o que revela a importância da CIPE / SAPE enquanto questão estratégica para a profissão, para a qualidade dos cuidados, para a investigação em enfermagem e, consequentemente, para os ganhos em saúde.

Reunião com ARS – Norte

No dia 13 de Outubro, pelas 10 horas, o Conselho Directivo Regional do Norte reuniu com o presidente da ARS Norte, Dr. Maciel Barbosa, e a vogal executiva, Enfermeira Manuela Rodrigues Correia, com os seguintes objectivos:

- apresentar cumprimentos;
- manifestar a disponibilidade para colaborar com a ARS Norte;
- apresentar a posição da Ordem dos Enfermeiros sobre as políticas de saúde;
- abordar questões relacionadas com:
 - plano nacional de saúde – participação dos enfermeiros,
 - reorganização dos cuidados de saúde primários / enfermeiro de família,
 - funcionamento de algumas instituições de saúde,
 - unidades locais de saúde – perspectivas,
 - padrões de qualidade / protocolos.

É de salientar a forma como o Conselho Directivo Regional foi recebido e a disponibilidade da ARS Norte para colaborar com a Ordem dos Enfermeiros.



ARQUIVO OE

Protocolo – Padrões de Qualidade

No dia 27 de Outubro, foram celebrados, na cidade do Porto, os protocolos para implementação dos padrões de qualidade entre a Ordem dos Enfermeiros e várias instituições de saúde da Região Norte (15 hospitais e duas sub-regiões de saúde).

A cerimónia contou com a presença da Senhora Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, do presidente do Conselho de Enfermagem, da presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Norte (SRN), dos coordenadores do projecto e com os representantes das instituições envolvidas.

A SRN congratula-se pela grande adesão das instituições de saúde da



ARQUIVO OE

região, o que revela preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos cidadãos. Tal revela também, neste sentido, empenho em desenvolver esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor de um exercício profissional de qualidade.

“Prémio de investigação em enfermagem: Maria Aurora Bessa”

Com o fim de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, a Secção Regional do Norte (SRN) da Ordem dos Enfermeiros decidiu passar a atribuir anualmente o **Prémio de investigação em enfermagem Maria Aurora Bessa**, no valor global de cinco mil euros. Este prémio destina-se ao melhor trabalho de investigação realizado em enfermagem apresentado a concurso por um ou vários enfermeiros autorizados para o exercício da profissão em Portugal e inscritos na Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros (o regulamento deste prémio encontra-se no [site da SRN](#)). ¹

Secção Regional do Sul

Jornadas de Enfermagem da Secção Regional do Sul

Decorreram nas instalações da União das Associações de Comércio e Serviços, na Rua Castilho, em Lisboa, as *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros*. O tema destas jornadas, que decorreram nos dias 11 e 12 de Novembro, foi "Sistemas de Saúde do Século XXI – Áreas de Intervenção dos Enfermeiros".

Pela importância dos temas abordados nesta jornada, apresentamos, de seguida, um resumo do que foi dito.

A sessão de abertura contou com a presença da Enfermeira Maria Augusta de Sousa, Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, do Enfermeiro Nelson Guerra, presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, do Dr. João Sequeiro, representante da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, do Dr. José Alves, representante da Ordem dos Farmacêuticos, e do Dr. Fernando Augusto, inspector-geral de saúde. Todos eles se congratularam por esta iniciativa pelo facto de a mesma proporcionar um amplo espaço de debate e partilha de ideias de extrema importância, numa altura de vital interesse para a profissão e de constantes mudanças na saúde.

O primeiro tema a ser discutido no plenário foi o dos sistemas de saúde do século XXI, apresentado pelo Professor Doutor Constantino Sakellarides e moderado pelo Enfermeiro Nelson Guerra.



No seu jeito sempre peculiar, através do qual mantém a plateia permanentemente atenta e estimulada, o Professor focou especialmente os aspectos relacionados com o futuro da saúde. Falou das convivências do dia-a-dia (laços de pertença – *strong ties*), dos encontros ocasionais (*week ties*) e das redes de proximidade (*mix ties*). Falou, igualmente, do universo virtual, da sociedade em rede, da transformação das ameaças em oportunidades (através da gestão prospectiva da situação de risco na gestão de fluxos populacionais e na criação de novos "nichos de negócio", acompanhando a redistribuição das interacções sociais). Dissertou, ainda, sobre as redes de conhecimento e de acção nos lugares de trocas (interfaces transacionais) e na arquitectura de influências. Como é habitual nas suas apresentações, o debate contou com inúmeras questões, sempre de enorme pertinência.

Após um breve intervalo para café, se-

guiu-se uma prelecção sobre processos de liderança em enfermagem, moderada pelo Enfermeiro Júlio Gomes e apresentada pela Enfermeira Connie Ulrich, professora na School of Nursing and Center for Bioethics da University of Pennsylvania. A Enfermeira Connie Ulrich centrou a sua apresentação em três aspectos: os problemas / desafios que se colocam à enfermagem de hoje, as questões éticas relacionadas com o stresse dos enfermeiros e os processos de liderança para resolver estas questões. Atendendo ao adiantado da hora, o período de debate foi um pouco curto, mas o suficiente para serem colocadas algumas questões de enorme importância, fundamentalmente porque permitiu uma troca de experiências entre duas culturas e diversas formas organizacionais de trabalho.

Em simultâneo, iniciou-se, ao fim da manhã, a apresentação das comunicações livres, moderada pela Enfermeira Alexandrina Rodrigues.

A primeira comunicação, com o tema "Um aspecto particular sobre a qualidade/ inovação na prestação de cuidados de saúde – A Espiritualidade", foi apresentada pelo Enfermeiro João Guerreiro. Esta comunicação trouxe-nos um olhar sobre o agir com qualidade, no sentido prático de vencer os desafios do progresso, da globalização e da competitividade. Foram abordadas, ainda, as questões relacionadas com os fluxos migratórios, bem como as respectivas particularidades culturais, que trazem novos repto à enfermagem e à qualidade dos cuidados prestados.

Seguiu-se o trabalho conjunto dos enfermeiros Luís Bento e Sofia Dehanov, intitulado "Expectativas dos insuficientes renais crónicos em programa hemodialítico relativamente aos profissionais de enfermagem". Foram apresentadas as seguintes conclusões face ao tema proposto: os doentes valorizam a dimensão relacional, relativamente à dimensão técnica, e esperam dos enfermeiros afecto, zelo, comunicação, disponibilidade e precisão / destreza no acto de puncionar a fístula. Os doentes têm uma imagem positiva dos enfermeiros e estão satisfeitos com a forma como foram acolhidos e com o apoio psicológico que lhes foi prestado.

A terceira apresentação, intitulada "Eu estou aqui", da responsabilidade da Enfermeira Sandra Mendes, disse respeito a uma vivência na Unidade de Pediatria-Geral, baseada no cuidar de um adolescente em estado vegetativo, partilhando com os presentes os sentimentos, as dúvidas e as dificuldades sentidas.

De seguida, as enfermeiras Maria da Luz Pereira e Susana Veríssimo dissertaram sobre "A violência doméstica na mulher – Análise de um caso", reflectindo, do ponto de vista ético e social, sobre as atitudes e os comportamentos da equipa de enfermagem perante esta problemática.

A quarta apresentação versou sobre um tema idêntico: "Intervenção do Enfermeiro em situações de violência doméstica". As enfermeiras Diana Gómez e Marisa Passos deram-nos a conhecer o projecto do grupo de trabalho sobre a violência e os maus-tratos do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Por último, o tema "A importância do cuidar perante o alívio da dor no serviço de medicina" foi apresentado pelos enfermeiros Edgar Atraca e Maria de Deus Marques.

Após o almoço, iniciou-se, na sala do plenário, o debate "Enfermagem Portuguesa Hoje e Amanhã", moderado pela Enfermeira Madalena Abranches. Este debate contou com a excelente participação dos enfermeiros Maria Guadalupe Simões, Porfírio Gil, Maria Augusta de Sousa e Luísa d'Espeney.

A Enfermeira Guadalupe Simões abordou o tema apresentando uma perspectiva histórica da evolução da enfermagem portuguesa desde 1901 até aos nossos dias. A Senhora Bastonária falou-nos fundamentalmente do importante papel dos enfermeiros enquanto recurso de saúde para os cidadãos e dos cuidados de proximidade. O Enfermeiro Gil debateu os temas "O que influenciou a Enfermagem nos últimos tempos?" e "A visibilidade e aceitação do papel do enfermeiro na sociedade, quando e a que preço?". O painel terminou com a abordagem da Enfermeira Luísa d'Espeney à problemática do ensino. Seguiu-se um interessante e intenso debate, que proporcionou excelentes momentos de reflexão e partilha de opiniões diversas.

A última apresentação do dia, na sala do plenário, trouxe-nos o livro *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*, a cargo da Enfermeira Lucília Nunes e moderada pelo Enfermeiro Rogério Gonçalves. Foi uma sucinta apresentação deste livro, cuja elaboração foi da responsabilidade do Conselho Jurisdicional.

Este livro ajuda-nos, com explicações e casos práticos a compreender, de uma forma mais acessível, o importante instrumento que é o código deontológico dos enfermeiros portugueses.

No decorrer desta apresentação, começava, numa outra sala, a segunda parte da apresentação de comunicações livres, agora moderada pela Enfermeira Ilda Gonçalves.

O primeiro tema, "Que famílias em Portugal! O papel da Enfermagem como agente de mudança", foi apresentado pelas enfermeiras Elsa Brito e Casimiro Malheiro. Este trabalho teve como objectivo principal sensibilizar os presentes para a importância das estratégias de intervenção do enfermeiro como agente promotor da mudança de comportamentos sociais e avaliador de problemas familiares.

Seguiu-se o tema "A intervenção do enfermeiro na comunidade: uma realidade!", apresentado pelas enfermeiras Maria Teresa Figueiredo e Marta Rafôto. Esta apresentação procurou mostrar um projecto integrado que visa promover a saúde da população residente no Bairro Olival do Pancas, de forma a contribuir para a sua autonomia social, facilitando-lhe a acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

O terceiro tema, com o título "Entrevistar famílias (em minutos) para minimizar o sofrimento", foi apresentado pelas enfermeiras Ana Pinto, Cláudia Trigo, Cristina Nunes e Helena Florêncio. Através desta apresentação, foi-nos demonstrado que é possível entrevistar famílias em minutos, se tivermos em conta ideias específicas

que nos permitirão intervir objectivamente. Este tipo de intervenção, que consiste, basicamente, em estabelecer uma relação empática e uma conversação com objectivos terapêuticos, possibilitar-nos-á minimizar o sofrimento resultante, por exemplo, da ansiedade, do medo e / ou da instabilidade face à situação de doença crónica instalada numa família.

Por último, abordou-se o tema "O lugar do outro: o significado do conceito de empatia para os enfermeiros no contexto do cuidar", apresentado pela Enfermeira Maria Clara André. Nesta última apresentação concluiu-se que os enfermeiros consideram que a empatia é da maior importância para a enfermagem, considerando-a o fio condutor do cuidar.

E, com esta última apresentação, a que se seguiu um espaço para debate, terminou o primeiro dia de trabalhos.

O segundo dia começou com a mesa-redonda intitulada "Enfermeiro de Família. Conceitos e Desafios". Esta mesa-redonda foi moderada pelo Enfermeiro Raul Cordeiro e apresentada pelas Enfermeiras Clara Castro, Aldina Carvalho e Nélia Trindade.

A Enfermeira Clara Castro deu-nos a conhecer a perspectiva do enfermeiro de família no contexto dos cuidados na comunidade, nos vários aspectos e nas várias situações.

A Enfermeira Aldina Carvalho apresentou a comunicação "Enfermeiro de Família nos Cuidados Continuados – Uma abordagem em contexto institucional", onde deu conta da experiência da Santa Casa da Misericórdia

de Lisboa. Afirmou que a articulação entre o serviço de saúde e a acção social é fundamental, e explicou que a intervenção comunitária facilita a avaliação da eficácia das acções de educação para a saúde desenvolvidas para a melhoria da qualidade de vida, responsabilizando todos os intervenientes no processo. Expôs, ainda, quais as características fundamentais que o enfermeiro de família deve possuir no âmbito dos cuidados continuados.

A Enfermeira Nélia Trindade falou-nos, com base na sua experiência, sobre o papel primordial, indispensável e de *pivot* do enfermeiro de família nos cuidados paliativos.

A terminar este painel, decorreu um acalorado debate centrado neste tema, que trouxe importantes contributos para o cimentar do conceito de enfermeiro de família.

O segundo painel do plenário, moderado pelo Enfermeiro Alcides Peixeiro, intitulou-se "Intervenção dos Enfermeiros na Gestão da Saúde", e contou com a presença das enfermeiras Isabel Oliveira e Silva, Sónia Pereira e Cristina Mesquita e dos enfermeiros Inácio Neves e Sérgio Gomes. Todos eles deram conta de experiências diferentes.

A Enfermeira Isabel Oliveira e Silva deu início a este painel apresentando uma unidade local de saúde em Matosinhos como sendo um novo modelo de gestão, diferenciado por uma nova forma de pensar os cuidados a prestar a uma população. Referiu duas inovações fundamentais: quanto à natureza e quanto às atribuições. Este modelo, segundo a autora, tem permitido uma maior racionalização na articulação

entre os diferentes níveis de cuidados e um maior envolvimento das comunidades.

O Enfermeiro Inácio Neves falou-nos da sua experiência em gestão da saúde enquanto enfermeiro-director, reafirmando as competências e a capacidade do enfermeiro-gestor e a respectiva aceitação no que diz respeito aos vários saberes em saúde.

De seguida, a Enfermeira Sónia Pereira apresentou a comunicação intitulada "Uma rede de compromissos e acções". Abordou, através desta comunicação, fundamentalmente as questões relacionadas com a eficiência, a equidade e a qualidade dos sistemas de saúde, o controlo da gestão e o desempenho das organizações na perspectiva do diagnóstico, do planeamento, da execução e da avaliação. Falou, ainda, das parcerias enquanto consolidação dos compromissos com os cidadãos, da informação em rede e da responsabilidade individual e colectiva na tomada de decisão. Mencionou, por último, o facto de que, no âmbito da gestão da mudança em rede, "o grande desafio no processo de ser, estar e agir em rede será conduzir as relações segundo a inteligência do coração".

A Enfermeira Cristina Mesquita deu-nos uma visão global do modo de intervenção dos enfermeiros na gestão da saúde abordando os temas fundamentais inerentes a esta área: os objectivos estratégicos, a relação de gestão, as competências, as intervenções e a gestão de dinâmicas.

Para finalizar, o Enfermeiro Sérgio Gomes trouxe-nos, neste contexto da intervenção dos enfermeiros na gestão

em saúde, a experiência da Linha Saúde Pública, totalmente gerida por enfermeiros. Esta linha destina-se a ajudar as pessoas a terem uma atitude proactiva relativamente à gestão da sua saúde e família, ao mesmo tempo que assumem a responsabilidade das opções que tomam. Tem como população-alvo o cidadão e os profissionais de saúde, e tem como finalidade o *empowerment* do cidadão em relação à informação e à participação.

Seguiu-se um intenso debate, em que se salientou a importância do enfermeiro enquanto gestor de saúde e a necessidade de uma maior afirmação no contexto das organizações de saúde.

Iniciou-se, de seguida, mais um painel de comunicações livres, moderado pelo Enfermeiro João Quintela.

A primeira comunicação, intitulada, "Interacção enfermeiro / doente: acontecimentos marcantes na vida dos enfermeiros e seu significado na construção da identidade profissional", foi apresentada pela Enfermeira Anabela Cândido, e teve como objectivos identificar os momentos marcantes e as personagens-chave da vida dos sujeitos. Teve também como objectivo explicar de que forma é que eles contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

A autoria da segunda comunicação, intitulada "Impacte da doença coronária na qualidade de vida da pessoa: um estudo longitudinal", coube ao Enfermeiro Carlos Metelo André, que nos apresentou as conclusões deste seu estudo. Desta apresentação reteve-se

que a doença coronária influencia a qualidade e o estilo de vida dos doentes.

O tema da terceira apresentação, "O familiar cuidador em ambiente domiciliário", foi apresentado pelo Enfermeiro Paulo Alexandre Santos. De acordo com o autor, os resultados deste estudo são um importante contributo científico para o planeamento de estratégias de intervenção, no sentido de permitir que os profissionais envolvidos nesta área possam, de uma forma mais eficaz, ajudar a maximizar as capacidades de cuidar que possuem. Tal planeamento ajudará, também e de acordo com o autor, a minimizar as implicações negativas, do ponto de vista emocional, físico e social.

A Enfermeira Elisabete Lamy apresentou-nos o trabalho "Políticas de Saúde em Portugal", destacando o Plano Nacional de Saúde como guia orientador da acção para a concretização da política e para a reflexão sobre a sua concretização no campo da saúde. Referiu, ainda, ser fundamental e necessária a liderança da enfermagem nos serviços de saúde para a obtenção de ganhos em saúde.

A apresentação da comunicação "Novos desafios dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde do Seixal" coube à Enfermeira Maria Júlia Matos, que nos relatou a sua experiência enquanto participante no projecto deste centro de saúde. Concluiu que os novos desafios deste programa se traduziram na satisfação das famílias e dos profissionais em relação aos cuidados prestados, bem como representam um caminho no qual o

campo de acção dos enfermeiros tem contribuído para o bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida das famílias envolvidas.

Este painel terminou com a apresentação do filme *Cuidar dos que já não Caminham pela Serra*, da autoria das enfermeiras Ana Isabel Pinta, Luzia Malta e Helena Espergueira. Estes enfermeiros apresentaram-nos o trabalho realizado pela equipa de cuidados continuados da extensão de saúde de Azeitão.

Da parte da tarde, na sala do plenário, abordou-se o tema da intervenção dos enfermeiros em situação de catástrofe, na mesa moderada pelo Enfermeiro Nelson Guerra. Participaram, nesta mesa, os enfermeiros Luís Fernandes e Alan Dobson.

O Enfermeiro Luís Fernandes do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) discorreu acerca do conjunto de conhecimentos técnicos e científicos que o enfermeiro deve possuir na área dos cuidados de enfermagem em emergência. Estes conhecimentos são essenciais à especialização nesta mesma área. O Enfermeiro Luís Fernandes fez ainda uma incursão pelas necessidades das equipas de enfermagem estáveis e concluiu que a área dos cuidados de enfermagem em emergência merece uma especialização própria. Concluiu ainda que a formação e a investigação nesta área são fundamentais, bem como que a catástrofe implica uma acção concertada e eficiente, e que o envolvimento dos enfermeiros é imperioso.

O Enfermeiro Alan Dobson apresentou-nos a experiência da enfermagem inglesa em situações de catástrofe, mostrando-nos, a este propósito,

alguns exemplos vividos recentemente no Reino Unido.

Terminadas as apresentações, seguiu-se um interessante debate com grande participação do público presente.

Simultaneamente a estas jornadas, decorreram três concursos: um relativo à bienal de artes, um outro relativo à elaboração de *posters* e, ainda, um relativo às comunicações livres. Foram atribuídos pelos respectivos júris os prémios indicados de seguida.

No que respeita à bienal de artes, o primeiro prémio foi atribuído a "A Arte no Cuidar", da autoria de Francisco José Vaz Nunes Amaral; o segundo prémio foi atribuído à obra "A Janela", de Miguel Fazenda. O terceiro prémio foi atribuído à obra "Momento Contínuo", da autoria de Isabel Horta dos Santos Guerra.

Em relação aos *posters*, o júri decidiu atribuir prémios a vários trabalhos. O primeiro prémio foi atribuído ao trabalho "Enfermeiro de família: uma prioridade", da autoria dos enfermeiros Carina Sousa, Ana Margarida Ribeiro, Carla Caldeira e Manuel Galhardas. O segundo prémio foi atribuído a "Massagem em Neonatologia – Intervenção do Enfermeiro na relação entre pais e recém-nascido", da autoria das enfermeiras Maria de Deus Marques, Ana Isabel Neves e Catarina Almeida. O terceiro prémio, por sua vez, foi para o *poster* "O Enfermeiro na comunidade: Uma realidade!", da autoria das enfermeiras Maria Teresa Figueiredo e Marta Helena Rafôto.

No que respeita às comunicações livres, o primeiro prémio foi atribuído à comunicação "Eu estou aqui", da autoria



ARQUIVO OE

da Enfermeira Sandra Carla Mendes. O segundo prémio coube à comunicação intitulada "Novos Desafios dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde do Seixal", da autoria da Enfermeira Maria Júlia Matos. Por último, a terceira premiada foi a comunicação "Que famílias em Portugal! O papel da Enfermagem como agente de mudança", da autoria dos enfermeiros Elsa Brito e Casimiro Malheiro.

Enviamos a todos os concorrentes um agradecimento muito especial pelo entusiasmo, pelo trabalho e pela participação. São estes contributos que promovem a afirmação da enfermagem e a valorização dos enfermeiros. Aos premiados, os nossos parabéns e a continuação dos maiores sucessos.

Simultaneamente à divulgação e entrega dos prémios, procedeu-se à Cerimónia de Encerramento das Jornadas, com a presença do Dr. Francisco Ramos, Secretário de Estado da Saúde, da Enfermeira Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e do Enfermeiro Nelson Guerra, Presidente


do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, que congratularam o êxito do evento e agradeceram a todas as pessoas que tornaram possível a organização e realização do mesmo.

Avaliação das jornadas

A apreciação geral ao evento, elaborada pela organização e pelos congressistas presentes (através de um questionário), foi muito positiva.

Não obstante, foram apresentadas algumas críticas a situações que correram menos bem e que devem ser corrigidas em ocasiões futuras. Entre as soluções apresentadas para corrigir as ditas situações, destacamos:

- uma melhor e mais atempada divulgação do evento,
- melhores condições das salas das sessões e do som,
- não haver sessões em simultâneo,
- possibilidade de inscrições *online* para este tipo de eventos.

Aos que nos quiseram ajudar a melhorar, o nosso agradecimento. 

CIPE®

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**International Classification
for Nursing Practice**

Version 1.0



ICNP®

VERSION
1

Da ICNP® 1.0 à CIPE® 1.0

Breves notas sobre o processo de tradução, validação e publicação da versão portuguesa da CIPE®

Do plano de actividades do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros para 2005 consta a tradução da versão I da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem), bem como a respectiva divulgação em livro e num *browser* (CD-ROM). A importância desta actividade é reconhecida por todos, pois ninguém já desconhece o quanto é fundamental para a prática da Enfermagem a existência de uma linguagem comum, o quanto esta agilizaria a formação, a investigação, a decisão clínica e até a decisão política relacionadas com a Enfermagem. A implementação da CIPE® dotará a Enfermagem portuguesa de uma terminologia própria, permitindo a recolha e a utilização da informação relacionada com a prática da enfermagem, de forma simultaneamente rigorosa e uniforme. A grande quantidade de informação clínica produzida pelos enfermeiros poderá enfim ser mais útil, não só durante os processos de prestação de cuidados, não só para fundamentar processos éticos e legais, mas também para orientar e apoiar decisões políticas que visem o aumento da qualidades dos cuidados prestados aos cidadãos. Este é, na verdade, o grande objectivo da Ordem dos Enfermeiros ao levar a cabo todas as actividades que tem desenvolvido em torno dos sistemas de informação de enfermagem. Constituem exemplos destas actividades o estabelecimento de protocolos de formação e a tomada de posição, apresentada ao ministro da saúde, sobre os sistemas de informação de enfermagem.

Com o objectivo de levar a bom porto as actividades relacionadas com a CIPE® foi constituído um grupo, coordenado pelo Enfermeiro Élvio Jesus, e constituído pelos enfermeiros Margarida Filipe, Renato Pinto, António Manuel e Laurentina Teixeira. O grupo começou por reunir com Amy Coenen, directora do programa do ICN para o desenvolvimento da CIPE®. Durante esta reunião de trabalho foi decidido que o grupo de trabalho começaria por elaborar um plano de actividades cujo principal objectivo fosse a obtenção do consenso nacional em torno da proposta de tradução que a Escola Superior de Enfermagem de São João (ESESJ) estava a elaborar e nesta reunião se comprometeu a ceder à Ordem dos Enfermeiros, nos termos de um protocolo para efeitos de tradução e respectiva validação, a firmar posteriormente. Dever-se-ia, para tanto, partir da actual versão B2 e envolver todas as secções regionais. Ficou ainda decidido na referida reunião que as actividades seriam calendarizadas de modo a que, em Fevereiro de 2006, a tradução oficial portuguesa da CIPE®, respectiva divulgação em livro e em *browser* estivessem concluídas.



ARQUIVO OE

Foi depois criado, em cada região, um grupo de trabalho com quatro elementos cuja tarefa foi a validação regional e a participação na validação nacional da tradução.

Os trabalhos dos grupos regionais foram faseados do seguinte modo:


1. até final de Dezembro de 2005 (enquanto a OE aguardava a proposta de tradução da ESESJ), foram comparados os termos e as definições da versão β2 que permanecem na versão I da CIPE® (inglês-inglês e inglês-português), e foram anotadas sugestões de alteração na tradução actualmente usada e feita pela APE (Associação Portuguesa de Enfermeiros);
2. posteriormente, este processo passou a incluir a tradução da CIPE® (versão I), elaborada pela ESESJ;
3. nos dias 20 e 21 de Janeiro de 2006, será promovido um *workshop* para obtenção de consenso em torno da tradução portuguesa da CIPE®, devendo a versão portuguesa ser posteriormente ultimada, com recurso a consultoria em língua portuguesa;
4. até 17 de Fevereiro de 2006, a versão portuguesa da CIPE® deverá estar preparada para publicação em livro e num *browser*.

Na data prevista, a Ordem dos Enfermeiros empreenderá a publicação da versão portuguesa da CIPE® em livro e em CD-ROM, devendo o *layout* original ser mantido. Estes serão vendidos em conjunto pelo preço de custo, estando previsto o lançamento para Fevereiro ou Março de 2006.

Ainda neste âmbito, a OE reuniu com a Dr.^a Cármen Pignatelli, secretária de Estado da saúde, com vista à discussão do sistema de informação, do resumo mínimo e dos registos electrónicos de Enfermagem. Outro assunto abordado nesta reunião foi a interface entre o Sistema de Classificação de Doentes e a CIPE®, versão I.

A OE ficou de elaborar uma proposta referente aos principais requisitos técnico-funcionais dos sistemas de informação de enfermagem, na linha da proposta que apresentara ao Sr. Ministro da Saúde, em Maio de 2005. Para este efeito, foi constituído um grupo de trabalho, do qual fazem parte os Enfermeiros Abel Paiva, Élvio Jesus e Paulino Sousa.

A formação não poderia, naturalmente, ficar esquecida. A Ordem dos Enfermeiros encarregar-se-á também de preparar uma proposta de criação, dinamização, acreditação e regulação de uma bolsa de formadores, bem como uma proposta de estratégias a adoptar no sentido de promover a interiorização e reflexão sobre o Sistema de Informação de Enfermagem, sobre CIPE® e sobre registos electrónicos em geral.

Em jeito de conclusão, é muito importante lembrar que a CIPE® é propriedade do ICN. Esta instituição autorizou a Ordem dos Enfermeiros portugueses a traduzir a CIPE®, na condição de que a tradução fosse usada exclusiva e desinteressadamente em prol do desenvolvimento da profissão. A versão portuguesa da CIPE® é, pois, propriedade da Ordem dos Enfermeiros e não será demais lembrar que o objectivo de dotar a enfermagem portuguesa de uma linguagem comum será comprometido se a tradução oficial portuguesa for, mesmo que pontualmente, substituída por outras. Se tal acontecer, toda a enfermagem portuguesa será penalizada. 

Intervenção da Bastonária no encerramento da Conferência CIPE®*

Maria Augusta Sousa

Bastonária da OE

Excelentíssima Senhora Secretária de Estado Adjunta do Senhor Ministro da Saúde; Excelentíssimo Senhor Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte; Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de Enfermagem; Excelentíssima Senhora Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Norte; Excelentíssima Senhora Dr.^a Amy Coenen, representante do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) na qualidade de directora do programa.

Posso afirmar que tanto eu, como todos os colegas que contribuíram, durante este dia, para enriquecer a reflexão sobre a implementação da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®) em Portugal, bem como todos os colegas aqui presentes estamos certo de que o grupo aqui presente neste dia de trabalho é o grupo dos enfermeiros com maior responsabilidade nas instituições de saúde e nas instituições de ensino. E é esta certeza que gostaríamos de transmitir à Senhora Secretária de Estado.

Estes enfermeiros acederam ao convite da Ordem por considerarem importante o desenvolvimento desta matéria. O facto de nos termos ausentado das nossas instituições – e todos nós temos sabemos o esforço que tal implica – junto com a riqueza das conclusões aqui transmitidas pela Senhora Enfermeira Margarida Filipe são, por si sós, sinais da dinâmica que está instalada, e que está instalada por vontade dos enfermeiros. Esta é uma questão central.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), associação nacional filiada no Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), é responsável pela tradução e pela divulgação da versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta é a versão oficial que vai fazer a história daqui para o futuro. É, pois, com muito orgulho que reconhecemos e, sobretudo, saudamos os colegas que foram pioneiros neste projecto.

Foi claro e evidente, ao longo do dia de hoje, o papel fundamental da Escola Superior de Enfermagem de S. João neste projecto. É, por esta razão, um dever saudá-la, em nome da Enfermagem portuguesa, assim como da Associação Portuguesa dos Enfermeiros – membro do ICN até ao ano passado e que desenvolveu a responsabilidade que tinha como associação-membro nesta matéria.

* Seminário de Vilar, Porto, 10 de Outubro de 2005.

Ainda nesta vertente, se quisermos acolher a ideia que fazendo o caminho se constrói o património, gostaria de expressar, de uma forma clara ao Dr. Maciel, senhor presidente da ARS do Norte, o papel importante que esta região assumiu, no que diz respeito ao desenvolvimento deste projecto. Estou certa de que a dinâmica na Região de Saúde do Norte que foi possível desenvolver há-de ser, seguramente, um incentivo para se possa dar os necessários saltos qualitativos noutras regiões.

Terminadas estas primeiras considerações, permitam-me duas ou três notas de reflexão no encerramento desta conferência.

Esta é a primeira vez que a Ordem organiza um evento dedicado à CIPE®. Refiro-me à Ordem no seu todo, porque já se reflectiu sobre este tema em vários momentos e em vários contextos. Esta é, pois, a primeira vez que a Ordem, no seu todo, organiza um evento que congrega as instituições prestadoras de cuidados, as instituições de formação e a Ordem, enquanto instituição reguladora do exercício profissional.

É, por este motivo, uma alegria em triplicado poder ter a Senhora Secretária de Estado connosco neste encerramento. Conjuguar a presença destas três entidades – instituições prestadoras de cuidados de enfermagem, instituições de formação e a Ordem, enquanto instituição reguladora do exercício profissional – com a presença de Vossa Excelência a Senhora Secretária de Estado neste encerramento significa estarmos perante quatro entidades. Muito agradecemos à Senhora Secretária de Estado a sua presença, já que consideramos ser este quarto pilar fundamental: é a expressão da vontade política nesta matéria, que é uma matéria estratégica para os cuidados de saúde aos cidadãos deste país.

Conforme foi já dito nas conclusões, não poderia deixar passar o momento de encerramento deste evento sem deixar expresso, em nome da Ordem dos Enfermeiros, algumas preocupações que aqui transmitirei hoje e que farei, eventualmente, chegar de uma forma mais explícita em momentos posteriores.

Foi-nos dado a conhecer hoje um conjunto de experiências. Algumas destas experiências permitiram-nos

dar conta de dificuldades objectivas relacionadas com a gestão dos serviços, como, por exemplo, a mobilidade dos enfermeiros. Um programa que se queira implementar de forma contínua terá dificuldade em ser garantido e sustentado, bem como os respectivos os objectivos propostos serão dificilmente concretizados se a política de mobilidade, no que diz respeito à permanência dos enfermeiros nas instituições que optem pela implementação da mesma e que tenham as condições para esta implementação, não for eventualmente revista.

Ou seja, não é possível manter um programa em curso se os enfermeiros que assumem as respectivas responsabilidades na implementação do mesmo mudam, de um momento para o outro, de serviço ou de instituição. Esta é uma questão de política dos recursos humanos.

Também não podemos deixar de dizer que em muitas instituições tem sido feito um esforço considerável para garantir que se interiorizem as implicações decorrentes da aplicação de uma classificação internacional para a prática da enfermagem. Tal interiorização tem, de facto, ajudado a reequacionar os próprios conceitos da prática da enfermagem, em nosso entender extremamente positivo. É impreterível acautelar a progressiva desmotivação dos enfermeiros decorrente da lentidão da implementação dos meios informáticos. Esta desmotivação pode levar a desistências, e necessitamos dos enfermeiros que fizeram percursos, enfermeiros que desejam que aconteça. Desejaríamos, pois, que a desistência pela lentidão dos processos não acontecesse num curto espaço de tempo.

Por último, gostaria de dizer que a OE assume que a questão dos sistemas de informação em relação à enfermagem é uma questão estratégica. Já a colocamos ao Senhor Ministro e à Senhora Secretária de Estado, que também estava nessa reunião. Já demonstrámos ao Senhor Ministro o que pensamos sobre esta matéria – o Enfermeiro Elvino de Jesus fê-lo na conferência de abertura. Entendemos, pois, que é uma questão estratégica pelas três razões fundamentais que vou apresentar.

A primeira razão é o facto de querermos objectivamente investir em ganhos em saúde. Para o conseguir,

é necessária a ajuda de todos os profissionais que para eles contribuem. É essencial que se possam identificar os contributos da enfermagem para estes ganhos em saúde. Isto será dificilmente atingível senão tivermos, efectivamente, um sistema de informação que permita garantir a identificação dos resultados dos cuidados de enfermagem. Esta é, portanto, uma razão essencial para aquilo que tem de ser a questão dos sistemas de informação. Isto é essencial e estratégico porque tem a ver com os cuidados a que os cidadãos têm direito.

Não se trata de uma questão que diga respeito apenas aos enfermeiros, não se trata de uma questão que diga respeito apenas a cada profissional *per se*: esta é uma questão que diz respeito à responsabilidade e ao mandato social da profissão no que respeita aos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde sem os cuidados prestados pelos enfermeiros serão, portanto, empobrecidos. Esta é uma das razões pelas quais entendemos ser esta uma questão estratégica.


A segunda razão pela qual consideramos ser esta uma questão estratégica advém do facto de não nos podermos alhear das alterações que neste momento existem em relação às orientações de gestão das instituições de saúde. Sem um sistema que evidencie aquilo que são os cuidados de enfermagem, facilmente se passará ao lado daquilo que são os financiamentos, daquilo que são os cálculos de pessoal das várias vertentes da gestão. Também facilmente se correrá o risco de se confundir cuidados de enfermagem com actos médicos. É, portanto, também um dos motivos pelos quais consideramos ser esta uma questão estratégica.

Actos médicos ou intervenções médicas e actos de enfermagem são coisas diferentes, porém complementares. Por esta razão, os sistemas de informação não podem continuar, como acontece ainda em algumas áreas, delimitados dêem relação aos actos, quando do que se trata é de um conjunto de intervenções, sobre as quais se têm resultados concretos e que os sistemas ainda hoje não fornecem. Portanto, e por esta razão, esta é uma outra questão que a OE considera ser estratégica.

A terceira razão pela qual a OE considera que a questão dos sistemas de informação em enfermagem é uma



questão estratégica é pelo facto de entendermos que a evolução histórica da nossa profissão tem demonstrado – e está hoje confirmado – que a sua mais-valia nos cuidados de enfermagem há-de ser cada vez maior, à medida que vamos sendo capazes de desenvolver mais o nosso conhecimento próprio, ou seja, o desenvolvimento científico da profissão. Portanto, também neste sentido, os sistemas de informação, que permitirão a utilização de uma linguagem uniformizada para a prática dos cuidados de enfermagem, serão um contributo essencial para a investigação em cuidados de enfermagem. Consequentemente, serão um contributo para o enriquecimento da disciplina enquanto ciência, que permitirá melhorias nos cuidados aos cidadãos. Quando falamos em disciplina enquanto ciência, falamos enquanto ciência ao serviço da prática dos cuidados a que os cidadãos têm direito.

Termino dizendo uma vez mais que creio que esta conferência expressa a disponibilidade da enfermagem a nível nacional, bem como dos enfermeiros implicados nas organizações prestadoras de cuidados de ensino e, concretamente, nas organizações profissionais, nomeadamente a OE, para assumirem os respectivos compromissos advindos do facto de sermos enfermeiros e de, por esta razão, termos responsabilidades sociais nesta matéria. Neste sentido, a OE está totalmente disponível para colaborar naquilo que seja necessário, e não só: considera que deve insistir para que possa participar num processo relacionado com os cuidados de saúde aos cidadãos deste país, uma parte dos quais são os cuidados de enfermagem. 

Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem Apoyo da decisão política e garantia da segurança e da qualidade dos cuidados

Da importância da informação e dos sistemas de informação de Enfermagem*

Élvio H. Jesus

Conselho Directivo

Talvez alguns de nós não nos lembremos de que foi Florence Nightingale a primeira enfermeira a salientar a importância dos sistemas de informação e de documentação de enfermagem, que, como sabemos, dizem respeito, sobretudo, aos registos de enfermagem.

De facto, os enfermeiros constituem o maior grupo profissional da área da saúde, sendo, por conseguinte, o grupo que mais decisões toma e mais actos pratica. Pela natureza e especificidade das funções que exercem – proximidade, intimidade, tempo de contacto com os utentes, entre outros –, os enfermeiros são os que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e de documentação sobre a saúde dos cidadãos.

Não obstante, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais da saúde é, de algum modo, reduzida, impossibilitando, portanto, a descrição e a verificação do impacte dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

A grande importância que a informação tem para a Enfermagem é, hoje em dia, consensual na nossa comunidade profissional. Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos (na perspectiva individual ou de grupo), quanto à gestão, à formação, à investigação, e quando é necessário assumir uma posição política.

Porém, nem sempre a documentação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem se verifica fácil. A razão deste facto está na natureza distinta deste nosso processo

* Com base na intervenção proferida na abertura da Conferência CIPE®, Seminário de Vilar, 10 de Outubro 2005, Porto.

de decisão, que decorre enquanto interagimos com os utentes, e da respectiva formalização nos registos.

Esquemáticamente, poderemos dizer que os enfermeiros gerem, processam e utilizam dados, informação e conhecimento, destinados à tomada de decisão, sobre as situações que se lhes deparam e sobre as intervenções necessárias para produzir determinados resultados esperados, ao mesmo tempo que procuram avaliar os resultados. Um processo aparentemente lógico e simples, quando analisado sem tomar devidamente em conta a multiplicidade de factores de influência e a complexidade dos contextos naturais (figura 1).

O que se passa na realidade, porém, será provavelmente algo mais parecido com este modelo (figura 2) do qual fazem parte, essencialmente, cinco grandes componentes. Estes existem de modo contínuo, interrelacionado e dinâmico, o que coincide com os modelos mais recentemente encontrados na literatura, especialmente no que diz respeito à concomitância, à interactividade e ao carácter contínuo (em vez de gradual, por etapas) do raciocínio, à ausência de concentração exclusiva em problemas, ao carácter mais circular e fluido, à visão global do utente e à previsão dos resultados.

O modelo revela, de facto, a existência de um padrão geral no processo de tomada de decisão que, entendido no sentido mais amplo do processo de prestação de cuidados, inclui o julgamento e a decisão.

Dos seus componentes, salientam-se, pela presença frequente, pela importância e interdependência, dois contínuos permanentes: “interagir” e “intervir”. Estes possibilitam, por sua vez, três outros contínuos: “conhecer o utente” (componente central), “resolver problemas” e “avaliar”.

Em síntese, trata-se de um processo contínuo, intencional, fortemente apoiado na relação interpessoal e no conhecimento do utente, alimentado por conhecimento científico e saber profissional (conceito mais actual de prática baseada na evidência).

Como sabemos, nunca como agora se enfatizou tanto a grande importância da representação formal da realidade – no nosso caso, da enfermagem – nos sistemas de informação e de documentação, sobretudo nos informatizados. Por conseguinte, nunca como agora se chamou tanto a atenção para o carácter imprescindível da linguagem e das terminologias, para o efeito. Talvez o triângulo apresentado na figura 3 referente à representação dos termos, possa ajudar a explicar melhor este facto.

A documentação em enfermagem, a de papel e especialmente a electrónica, para que seja cabalmente aproveitado todo o potencial e seja usada para todas as finalidades, requer, portanto, a utilização de uma terminologia ou linguagem comum.

Os sistemas de informação e de documentação, por seu lado, pelo menos por enquanto, requerem-se

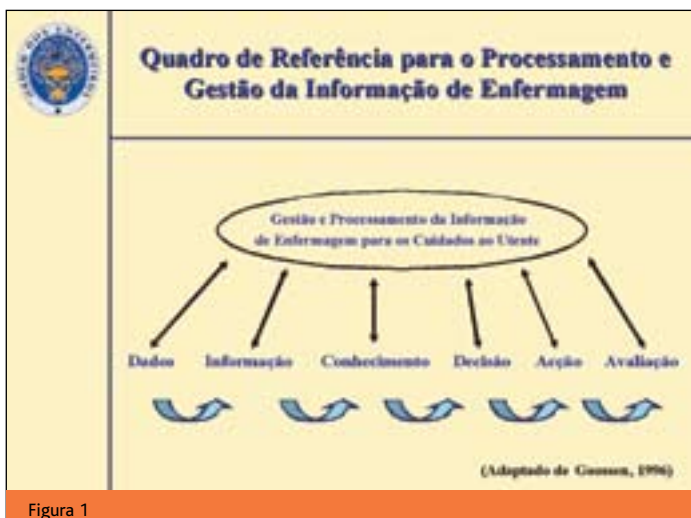


Figura 1



Figura 2

estruturados de modo a permitirem o registo em linguagem de diferentes níveis de granularidade e individualidade, ou seja, linguagem clínica natural e linguagem classificada.

Na sua construção, dever-se-ão ter em consideração, entre outros, os seguintes aspectos: maximalismo versus minimalismo; agregação versus granularidade e multiutilização de dados ou informação.

Em síntese: o sistema desejável será o que tenha em conta as diferentes finalidades dos registos de enfermagem, incluindo os propósitos actualmente pouco

Em síntese: requerem-se sistemas de registos, sobretudo electrónicos, que permitam a utilização da informação recolhida no lugar de prestação de cuidados, para as diferentes finalidades. Tais sistemas deverão aproveitar o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação, sem que tal implique um acréscimo de trabalho para os enfermeiros.

Como sabemos, para a gestão e tomada de decisão política muito contribuem os sistemas de informação que produzam indicadores fiáveis sobre a intervenção dos diversos actores da saúde. Sobretudo quando são obtidos automaticamente, a partir dos registos clínicos



Figura 3



Figura 4

considerados: a investigação, a formação e a tomada de decisão política.

Pela importância que tem e por ser imprescindível para o desenvolvimento da profissão, permitimo-nos reflectir um pouco mais sobre a investigação. Como sabemos, não obstante a enfermagem ser considerada, hoje em dia, uma profissão e uma disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma requer uma permanente actualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana, de forma a que a mesma se mantenha útil à sociedade, cujas necessidades, como sabemos, estão em permanente transformação.

A sua relevância poderá ser melhor evidenciada pelo esquema de seguida indicado, adaptado do ICN® por Clark (2003).

dos profissionais. Todavia, tal só será possível, se for utilizada uma linguagem comum, se for atribuído um nome a cada coisa, como pretende significar a expressão muito conhecida a de Norma Lang (1992). De facto, se nós não formos capazes de designar pelo nome as “coisas” da enfermagem (diagnósticos, necessidades, potencialidades, intervenções, resultados), não poderemos controlá-las, financiá-las, ensiná-las, investigá-las ou inclui-las nas decisões sobre as políticas da saúde.

Se a esta tivermos em consideração uma outra muito valorizada, sobretudo nas áreas económicas e da gestão – só se pode gerir o se consegue medir –, que embora não deva ser seguida à risca na enfermagem, poderemos melhor compreender a importância que a temática deste evento acarreta.

Das propostas / posição da OE

Por tudo o que ficou exposto, a Ordem dos Enfermeiros, atenta a estas tendências, tem desenvolvido actividades e assumido posições sobre a questão, junto dos profissionais, gestores e responsáveis políticos, que são de todos conhecidas. Destas salientamos as mais recentes, como o estabelecimento de protocolos de formação com as instituições aderentes no que concerne a padrões de qualidade, a sistemas de informação, à CIPE®, aos indicadores e registos electrónicos.

Além disto, foi apresentada, em Maio último, ao ministro da saúde a tomada de posição da OE sobre o Sistema Nacional de Informação de Enfermagem, a qual foi publicada na página da OE e na última revista. Salienta-se naquele texto que, dada a relevância da informação para o processo de tomada de decisão, independentemente da sua natureza, bem como a crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao **Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem**; dado ainda o potencial dos registos de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros propõe a implementação de estratégias que permitam agilizar os processos conducentes à reformulação, ao desenvolvimento e à implementação deste sistema em suporte electrónico.

Ainda no mesmo documento, a OE propõe, igualmente, que tal sistema seja integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, possibilitando a



ARQUIVO OE

gestão da informação em qualquer ponto do contínuo máximo / mínimo de dados e a produção do conhecimento. Propõe ainda que as aplicações informáticas ou outros dispositivos funcionem de modo interoperável a partir de outros módulos existentes ou a desenvolver, que estejam em conformidade com as normas internacionais (ISO, CEN etc.) e que sejam aplicações de ponta, no momento da criação.

Tendo em vista a maximização do potencial dos registos electrónicos da saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas da saúde, bem como a imprescindível necessidade de reutilização de dados e a sua comparabilidade ao nível local, regional, nacional e internacional, tendo ainda em vista a prática cada vez mais baseada na evidência, a Ordem dos Enfermeiros entende que o sistema de informação e os registos electrónicos devem contemplar a utilização obrigatória de classificações internacionais, sendo recomendada para a Enfermagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Todavia, o facto de a CIPE® constituir uma terminologia unificada, de referência internacional, com a qual se poderão utilizar outras classificações, e o facto de estar em concordância com as normas internacionais para esta matéria justificam por si sós, em nossa opinião, esta preferência.

Para a OE, tais aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da actual prática de enfermagem, visando as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de

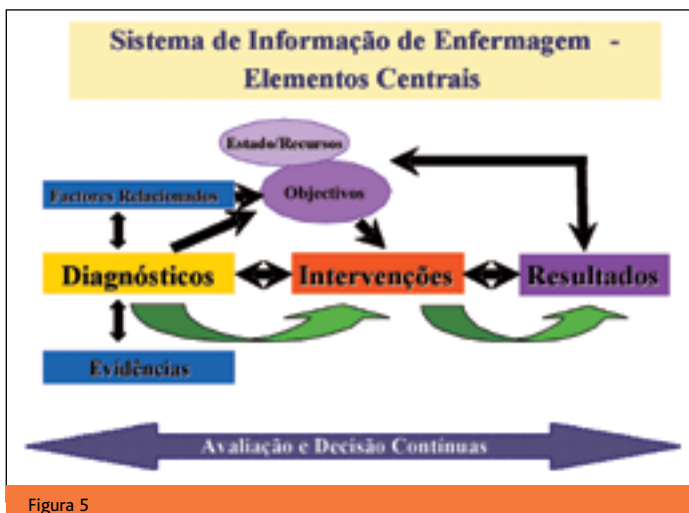


Figura 5

cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos actos de enfermagem praticados). Além disto, devem também ser desenvolvidas para que encerrem e contemplem a reengenharia e a inovação das mesmas, de forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem, em todos os contextos da sua prática. A figura cinco, apresentada de seguida, ilustra precisamente esta situação.

Por fim, dada a importância e dado o potencial que actualmente se atribui e reconhece aos **resumos mínimos de dados**, sobre a saúde em geral e sobre os actos de enfermagem, em especial, a diferentes níveis, e para diferentes propósitos e utilizadores, designadamente a qualidade e continuidade de cuidados, a produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão (utente, clínica, gestão, política), a formação e a investigação, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que, de acordo com as recomendações internacionais, designadamente da OMS e do ICN, tais resumos mínimos de enfermagem incluem, entre outros, os seguintes elementos relativos aos cuidados de enfermagem:

- diagnósticos / fenómenos de enfermagem,
- intervenções de enfermagem,
- resultados de enfermagem,
- intensidade dos cuidados de enfermagem.

Deverão, também, incluir dados demográficos dos utentes e outros elementos de natureza clínico-administrativa.

Para a operacionalização do que acima foi referido, mormente a definição da arquitectura e dos principais requisitos técnico-funcionais do **Sistema Nacional de Informação de Enfermagem**, a Ordem dos Enfermeiros propõe a criação de uma equipa de projecto, no Ministério da Saúde. Além de enfermeiros peritos nesta área, a equipa deverá integrar técnicos superiores de informática, designadamente engenheiros de desenvolvimento de sistemas de informação e de informática,

podendo agregar-se, em diferentes fases do projecto, outros profissionais.


Sem deixar de lado esta conferência e as reuniões de trabalho com Amy Coenen, a OE envidará todos os esforços para disponibilizar, o mais brevemente possível, a tradução portuguesa oficial da versão I da CIPE®. Esta versão ficará disponível em suporte de papel e num *browser*, em CD, de forma a poder ser utilizada por todos os membros.

Antes de terminar, gostaria de agradecer a participação de todos os colegas que preencheram o nosso questionário¹ e de apresentar, de seguida, uma síntese dos principais resultados.

- Responderam **99** instituições, das quais **20** são estabelecimentos de ensino de Enfermagem.

- Das instituições que responderam, **36** afirmaram ter definido uma política de documentação de Enfermagem com base na CIPE®, e **41** afirmaram ter previsto a respectiva implementação no

espaço de um ano.

- Foi realizada formação teórico-prática de enfermeiros em **49** instituições, com duração variável.
- O sistema de documentação de Enfermagem encontra-se em suporte electrónico, em **31** das organizações respondentes.
- Um número significativo das instituições que responderam – **30** – utiliza o SAPE; no entanto, apenas **11** refere estar a monitorizar indicadores de qualidade.
- Dos estabelecimentos de ensino que responderam à questão que lhe era especificamente dirigida – **18** –, **três** afirmaram ter o plano de estudos estruturados com base na CIPE®. Todavia, **17** referiram ter previstas horas lectivas sobre a CIPE, **15** das quais até 100 horas. 

... uma profissão e uma disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma requer uma permanente actualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana, ...

¹ Questionário para diagnóstico de situação enviado a todas as instituições convidadas para a conferência. Os resultados finais serão oportunamente divulgados.

Condições de acesso dos estudantes de enfermagem à informação sobre os doentes a quem prestam cuidados

João Veiga

Enfermeiro

Introdução

O ensino da enfermagem, atendendo à indissociável dimensão ética da profissão, comporta um conjunto de problemas cuja resposta carece de uma aturada reflexão e análise. Uma das dificuldades que emerge na orientação dos estudantes em ensino clínico é, certamente, a delimitação das condições de acesso aos doentes a quem prestam cuidados.

Muito embora o *Código Deontológico do Enfermeiro* estabeleça um conjunto de normas que regulam a actuação dos profissionais no que concerne ao dever de sigilo, subsistem algumas dúvidas quando o que está em causa é a sua operacionalização no ensino. Cientes de que os deveres deontológicos se situam fora da esfera das opções individuais, sugerimos algumas regras que visam contribuir para o aperfeiçoamento do seu cumprimento.

A tradição deontológica do segredo profissional

O designado “segredo profissional” remonta à Grécia Clássica, nomeadamente ao século V a.C., tendo sido pela primeira vez inscrito num documento normativo que visava regular a prática da medicina, o *Juramento de Hipócrates*. Apesar de surgir associado ao médico da escola de Cós, têm sido publicados estudos que demonstram que o juramento emerge no contexto do culto Pitagórico, que inculcava imperativos morais bem definidos nos seus seguidores e, como tal, naqueles que cumulavam a prática da medicina¹.

No final do século XIX, numa clara demonstração da ligação indelével entre a ética de enfermagem e a ética médica, surge o designado *Juramento de Nightingale*, cujo teor resulta, em parte, de uma

apropriação do normativo contido no código de Hipócrates. O denominado *Juramento de Florence Nightingale* foi elaborado em 1893 por um comité da Ferrand Training School of Harper Hospital, em Detroit, nos Estados Unidos da América, sendo o nome adoptado uma homenagem à enfermeira inglesa².

Importa salientar que o segredo profissional ocupa uma parte substancial do teor dos dois juramentos. Em ambos textos, estabelece-se como norma que seja guardado segredo relativamente a toda informação que for confiada ao profissional. No entanto, o juramento de Florence Nightingale explicita que o dever de sigilo se aplica não apenas no que respeita à informação referente ao doente, mas a todos os assuntos de natureza familiar cujo conhecimento resulte do exercício profissional.

¹ JONSEN, Albert R. – *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998. p. 7.

² CURTIN, Leah; FLAHERTY, M. Josephine – *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*. Maryland: Aperture, 1982. p. 141.

Esta breve introdução histórica ao segredo profissional na deontologia da enfermagem permite-nos concluir que, desde muito cedo, se teve plena consciência da necessidade de proteger a privacidade daqueles que recorrem aos profissionais de saúde. Esta premissa resulta fundamentalmente da constatação de que a satisfação da necessidade de cuidados resulta sempre, em maior ou menor grau, numa “invasão” da intimidade do doente. Recorrendo à perspectiva de Edmund Pellegrino e David Thomasma³, a prossecução da finalidade da prestação de cuidados de saúde – a acção certa e boa para um determinado doente – exige o respeito por um conjunto de axiomas, entres os quais avulta o segredo profissional. É a possibilidade de confiança e previsibilidade que o segredo profissional encerra que permitem uma moralidade da acção alicerçada no princípio da beneficência, cujo teor orientou em exclusivo a prestação de cuidados de saúde desde Hipócrates até ao apogeu do individualismo nas sociedades pós-modernas.

A ética e a deontologia do segredo profissional

A decisão de associarmos estas duas abordagens do segredo profissional resulta do facto de considerarmos que a deontologia, embora aparentemente se

afaste da ética devido ao seu carácter normativo, mantém ligada à mesma por procurar na razão (*logos*) o sistema de regras e deveres a que o agente deverá obedecer (*déon*). Importa assim identificar alguns dos possíveis fundamentos éticos do segredo profissional para que possamos compreender plenamente o conteúdo da norma. A nossa abordagem irá cingir-se a dois fundamentos éticos básicos que designamos como argumento do respeito pela autonomia e argumento da relação fiduciária.

Argumento do respeito pela autonomia

No domínio da ética, devemos destacar o contributo da filosofia de Immanuel Kant para a fundamentação do dever de respeito pela autonomia da pessoa. O filósofo de Königsberg postula que o respeito pela autonomia decorre do facto de todas as pessoas terem um valor incondicional (uma dignidade) a que está subjacente a capacidade de decidir sobre a sua vida moral. Desrespeitar a autonomia da pessoa é, de acordo com o pensamento kantiano, atribuir-lhe uma finalidade e reduzi-la à condição “coisa” a que pode ser atribuído um valor⁴. Viola-se assim a regra fundamental que estrutura toda a moralidade, definindo o estatuto da pessoa no seio da comunidade: “age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e

simultaneamente como um meio e nunca como um fim”⁵.

O contributo relevante para a moralidade da acção dos enfermeiros que obtemos a partir da análise da filosofia kantiana traduz-se, no que concerne ao respeito pelo segredo profissional no ensino da enfermagem, em duas regras fundamentais. A primeira determina que a utilização de informação referente aos doentes respeite a dignidade da pessoa do “outro” desde que seja garantido que esta é utilizada com objectivos exclusivamente pedagógicos, não reduzindo a pessoa à categoria de coisa. A segunda regra estabelece que, quando se pretende utilizar a informação referente ao doente com uma finalidade não terapêutica (e.g. ensino), ética e juridicamente legitimada, é moralmente obrigatório obter o seu consentimento.

Argumento da relação fiduciária

A natureza da relação entre o doente e o enfermeiro que lhe presta cuidados é um dos elementos mais relevantes para a ética da enfermagem. Os modelos explicativos e de análise erigidos com base na conceptualização fiduciária da relação, como o proposto por E. Pellegrino e D. Thomasma, estão associados a uma redescoberta da ética da virtude de cariz aristotélico⁶. Tendo por base

³ PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. – **Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care**. Georgetown University Press. Washington, D. C., 1997. p. 54.

⁴ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. – **Principles of Medical Ethics**. 5.ª ed., New York: Oxford University Press, 2001. p. 64.

⁵ KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 1995. p. 66.

⁶ PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. – **For the Patient's Good: Restoration of Beneficence in Health Care**. New York: Oxford University Press, 1988. p. 53.

a premissa que estabelece que a simples existência de uma determinada norma não determina a universalidade da sua aplicação, os autores consideram que o carácter moral dos profissionais de saúde é, em última instância, a melhor garantia de que os direitos dos doentes são respeitados.

A ética da virtude não pressupõe um circunstancialismo moral decorrente do facto de a acção depender em exclusivo do carácter do sujeito. Seguindo o pensamento de A. MacIntyre na teorização da ética da virtude, podemos deduzir um conjunto de axiomas que resultam de uma determinada prática e que são inerentes aos bens internos que constituem a sua finalidade⁷. Deste modo, considerando que a enfermagem é uma prática e que a relação de cuidar é um dos seus bens internos (a relação é essencial e não instrumento), podemos deduzir dois axiomas estruturantes: (1) o enfermeiro defende o interesse do doente em qualquer circunstância (fidelidade) (2) o interesse do doente prevalece perante todos os interesses em conflito⁸ (lealdade).

⁷ MACINTYRE, Alasdair - *After Virtue*. 2.ª ed. Londres: Gerald Duckworth, 1985. pp. 187-191. Ver também: BECKERT, Cristina - *Consciência Moral Ética das Virtudes (Teleologia) e Ética do Dever (Deontologia)*. In: PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (Coord.) - **Para uma Ética de Enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp. 164-165.

⁸ A prevalência do interesse individual como condição de respeito pelo Primado do ser Humano encontra-se expressa no Artigo 2.º da Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina (designação abreviada) que mais tarde retomaremos.

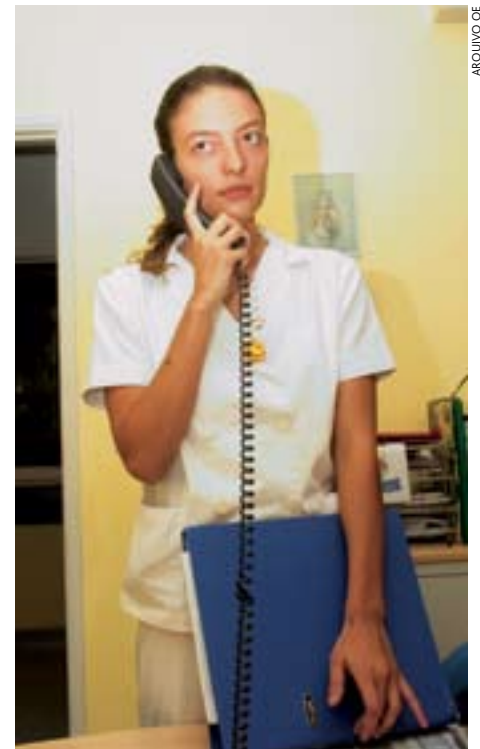
Se extrapolarmos as consequências práticas decorrentes da aplicação destas máximas relativamente à informação referente ao doente⁹, e uma vez que esta foi obtida através de uma relação de confiança mútua – fiduciária – que se funda na fidelidade e lealdade, este tem a expectativa de que o enfermeiro mantenha sigilosos e confidenciais todos os dados a seu respeito. Deste modo, o segredo profissional que o enfermeiro promete¹⁰ manter de forma perseverante é a condição que possibilita que o doente faculte a informação necessária à prestação de cuidados. Mais do que uma obrigação ou norma deontológica, estamos perante um fundamento ético que radica na natureza da relação profissional e que, em última instância, possibilita a existência da própria prática profissional. Não são admissíveis, nem eticamente legítimos, quaisquer formulações sofistas que procurem tornar o doente refém da necessidade de informar para assim ser cuidado.

Consentimento do doente para utilização dos seus dados pessoais no ensino da enfermagem

Os argumentos que anteriormente apresentámos permitem,

⁹ Devemos considerar essa informação como estando à guarda do profissional de saúde uma vez que o seu legítimo proprietário é o doente.

¹⁰ O termo “profissão” advém do latim *professio*, significando a assunção de um compromisso público (promessa), o comprometimento com um modo específico de vida que requer um conhecimento próprio que não é usado como meio de obtenção de benefício pessoal, mas ao serviço daqueles que dele necessitam.



ARQUIVO DE

em nosso entender, sustentar de forma irrefutável que o respeito pela autonomia do doente é um elemento essencial da ética em enfermagem. Contudo, o que pretendemos com este artigo é sugerir um conjunto de normas pragmáticas que respondam às dificuldades dos enfermeiros na orientação dos estudantes.

Servindo-nos das categorias de consentimento tipicamente associadas à prestação de cuidados de saúde, importa analisar se o consentimento expresso (declarado) é a única via possível, ou se, por outro lado, o consentimento presumido pode ser igualmente adoptado.

Consentimento expresso

Sem delongas no que concerne à genealogia do consentimento

expresso, importa salientar que a relevância do dever de informar tem sido suplantada pela importância atribuída à capacidade do doente entender a informação fornecida¹¹. Deste modo, numa perspectiva ética, o consentimento expresso não pode ser entendido como simples aquiescência de uma proposta de cuidado. É fundamental que sejam cumpridos alguns pressupostos que podem ser sistematizados nos elementos indicados de seguida.

Pré-condições:

1. competência;
2. voluntarismo.

Elementos da informação:

3. comunicação da informação;
4. recomendação de um plano;
5. compreensão.

Elementos do consentimento:

6. decisão a favor de um plano escolhido;
7. autorização para a implementação de um plano.

Embora esta estrutura hierarquizada tenha por base a actividade clínica e de investigação em seres humanos, podemos, por analogia, aplicá-la à obtenção de consentimento para a colheita e utilização de dados referentes à pessoa no âmbito do ensino clínico. Deste modo, uma vez que o consentimento expresso implica uma autorização do doente, todos os elementos a montante (a autorização é a última etapa) devem ser

cumpridos. Em termos práticos, e recorrendo apenas ao primeiro elemento, seria eticamente censurável que os estudantes prestassem cuidados a doentes incapazes (incompetentes). Importa salientar que a incapacidade, no sentido de incompetência, deve aqui ser entendida essencialmente enquanto conceito ético e não enquanto conceito jurídico, ou seja, independente da idade estabelecida na lei ou de qualquer decisão judicial. Os estudantes estariam assim impossibilitados de ter acesso¹², entre outros, a todos os doentes com alterações do estado de consciência, doença mental ou imaturidade cognitiva (decorrente do desenvolvimento normal da criança).

Consentimento presumido

O consentimento presumido tem, em nosso entender, duas facetas distintas que é forçoso analisar separadamente. Por um lado, temos o consentimento presumido, que se fundamenta na necessidade de uma acção beneficente que favorece directamente o doente; por outro, o consentimento presumido em que os beneficiários da acção são um ou vários sujeitos abstractos.

No primeiro caso, em termos estritamente jurídicos, as acções realizadas sem o consentimento do doente encontram-se legitimadas no n.º 2 do Artigo 39 do Código do Processo Penal. O consentimento presumido tem a validade jurídica

do consentimento expresso quando “[...] a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”¹³. Numa perspectiva ética, o consentimento presumido funda-se no princípio da beneficência na medida em que, perante a incapacidade de obter o consentimento expresso, o profissional de saúde deve agir de forma a promover o bem do doente¹⁴.

No segundo caso, ou seja, quando o doente não é beneficiário directo da acção, o consentimento presumido fundamenta-se num modelo comunitário de relações entre os cidadãos e a comunidade, que remete a subordinação dos direitos individuais ao bem comum¹⁵. Um exemplo paradigmático desta fórmula é a legislação portuguesa sobre transplante de órgãos¹⁶: perante a possibilidade do consentimento expresso conduzir a uma redução drástica no número de órgãos disponíveis, o legislador optou por uma solução pragmática, que se traduz

¹¹ BEAUCHAMP, Tom L. ; CHILDRESS, James F. – **Principles of Biomedical Ethics**. 5.ª ed. New York: Oxford University Press, 2001. p. 77.

¹² Terminologia utilizada pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no Parecer CJ-33/2005.

¹³ ARTIGO 39, n.º 2. «Código Processo Penal».

¹⁴ De acordo com Edmund Pellegrino, o bem do doente tem os seguintes componentes: 1) bem clínico ou biomédico; 2) o bem como é percebido pelo doente; 3) o bem do doente enquanto pessoa; 4) o bem transcendente. PELLEGRINO, Edmund – *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*. In: BOETZKES, Elisabeth; WALUCHOW, Wilfrid – **Readings in Health Care Ethics**. Toronto: Broadview, 2000. p. 51.

¹⁵ KUSHNER, Thomasine K.; THOMASMA, David C. - *Ward ethics: Dilemmas for medical students and doctors in training*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 61.

¹⁶ LEI n.º 12/93. «D.R. I Série A 94». (93-04-22) 1961-1963.

na legitimação de uma possível violação da autonomia do dador em benefício do bem comum¹⁷.

A necessidade de pôr cobro a abusos na aplicação da doutrina do consentimento presumido, nomeadamente na legitimação do recrutamento de sujeitos para investigação incapazes de consentir, está bem patente no Artigo 2.º da *Convenção dos Direitos Humanos e da Bio-medicina*¹⁸. Ao afirmar o Primado do Ser Humano, a Convenção estabelece que “o interesse e o bem-estar do ser humano deve prevalecer sobre o interesse único da sociedade e da ciência”. Deste modo, o interesse individual de um sujeito concreto assume precedência sobre o interesse colectivo da entidade abstracta que é a comunidade ou sociedade. Esta fórmula funda-se no pressuposto de que o bem comum só pode ser alcançado através do respeito intransigente dos direitos individuais, entre os quais avulta a liberdade e a privacidade.

No que diz respeito ao acesso dos estudantes aos doentes, tendo por base as considerações feitas sobre

os fundamentos do consentimento presumido, consideramos que os pressupostos que poderiam sustentar a sua aplicabilidade carecem de legitimidade ética. Os fundamentos da nossa asserção podem ser resumidos nos seguintes argumentos:

1. embora beneficentes, as acções dos estudantes constituem sempre uma delegação de competência do profissional responsável por assegurar o direito ao cuidado; deste modo, a sua omissão não pode resultar em qualquer prejuízo para o doente, devendo o cuidado ser sempre assegurado;
2. de acordo com a regra que determina que a responsabilidade não é delegável, a aplicação da norma legal do consentimento presumido diz respeito à legitimação da acção do profissional e não à eventual delegação de competências de prestação de cuidados em estudantes ou outros profissionais;
3. a formação dos profissionais de saúde, embora cumprindo um desígnio social da maior relevância, não legitima o acesso ao doente ou / e à informação clínica que lhe diz respeito.

Um via alternativa

Os argumentos produzidos conduzem-nos a um impasse que exige uma solução de compromisso que permita conciliar o respeito pela autonomia com a formação de profissionais de excelência, aptos a prestar cuidados de enfermagem a doentes com diferentes problemáticas de saúde. A análise explicativa do Artigo 8.º da *Carta dos Direitos*

e *Deveres do Utente* – “o doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico”¹⁹ – feita pela Direcção-Geral de Saúde pode, quanto a nós, ser utilizada como referência. Assim, sempre que o doente se encontre impossibilitado (no sentido de capacidade jurídica e competência ética) de prestar o seu consentimento para que os seus dados possam ser acedidos por estudantes ou que estes lhe possam prestar cuidados, a decisão deverá caber ao seu representante legal ou, acrescentamos nós, a um familiar ou pessoa significativa por ele designada. No entanto, consideramos que o respeito pela dignidade da pessoa exige que a aplicação da regra deva pautar-se por requisitos fundamentais, a saber:

1. avaliação criteriosa do cumprimento dos requisitos do consentimento expresso;
2. tendo em conta cada situação em concreto, sempre que o estado de consciência o permita, deve ser dada oportunidade ao doente de manifestar a sua vontade;
3. a vontade do doente, independentemente de cumprir ou não os requisitos éticos e jurídicos que a tornam válida, deve ser sempre considerada sendo vinculativa no caso de recusa;
4. quando o doente for incapaz de prestar o seu consentimento

¹⁷ Sempre que o desconhecimento da lei determina a impossibilidade da condição de dador ser livre e esclarecida, estamos perante um caso de violação da autonomia. Há estudos que demonstram o desconhecimento generalizado da lei e, como tal, o incumprimento por parte do Estado do seu dever de informar. PINTO, José Rui da Costa – A Lei dos Transplantes: Questões (im) pertinentes. «Brotéria». 158 (2004) 451-459.


¹⁸ RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 1/2001: aprova, para Ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Diário da República I Série A. 2 (01-01-03) pp. 14-36

¹⁹ CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE [online]. [Lisboa, Portugal] Direcção-Geral de Saúde [acedido a 23 de Agosto de 2005]. Disponível na WorldWideWeb em <http://www.dgsaude.pt/>

(de acordo com a sequência de requisitos por nós enunciada), apesar de poder manifestar-se favorável, esta só deverá ser considerada quando confirmada pelo seu representante legal ou pessoa significativa.

As regras que propomos devem aplicar-se não apenas às situações de ensino em que o estudante está envolvido na equipa terapêutica (estágios), mas também quando a colheita de dados não implique acções de prestação de cuidados (estudos de caso). Embora seja nosso entendimento que o estudo baseado em situações reais não pode ser cabalmente substituído por casos hipotéticos, justificando assim a necessidade de acesso (e não o acesso em si) dos estudantes aos doentes, consideramos que este procedimento deve ser limitado ao estritamente necessário e no respeito escrupuloso pelo Código Deontológico do Enfermeiro, especialmente no que concerne ao disposto nos artigos

84, 85 e 86. Atendendo à assimetria – quem mais pode mais deve – que caracteriza a relação triangular entre estudante / doente / profissional, cabe aos enfermeiros, docentes

prestadores de cuidados, assumir a responsabilidade objectiva pelo cumprimento das normas deontológicas e pela salvaguarda dos direitos do doente. 

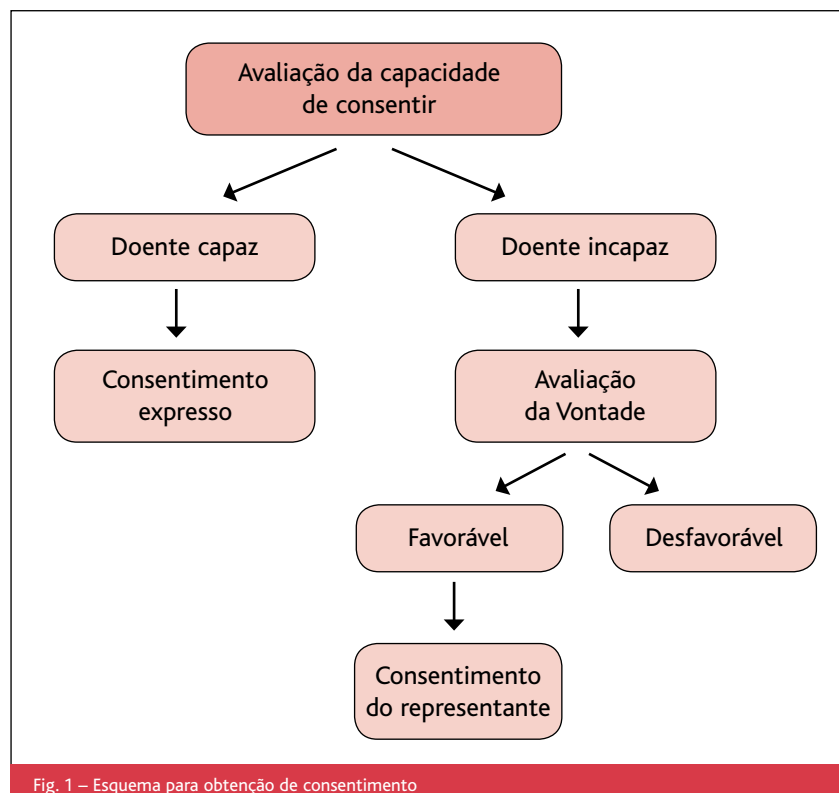


Fig. 1 – Esquema para obtenção de consentimento

Conselho Jurisdicional

– Comentário ao artigo de João Veiga

Analisado o artigo, é nossa opinião que, de forma ampla, se encontra na linha da posição adoptada pelo Conselho Jurisdicional, em parecer emitido sobre a matéria em Abril 2005. Merece-nos, contudo, uma análise de precisão em alguns aspectos que se nos apresentam menos claros.

O artigo aborda a problemática do acesso de estudantes de enfermagem a pessoas / clientes. Mais concretamente, é analisado e delimitado neste artigo o acesso dos estudantes aos clientes (e à respectiva informação clínica) a quem prestam cuidados, orientados e supervisionados por um

enfermeiro. Ao enfermeiro que supervisiona cabe a responsabilidade profissional de assegurar os cuidados e responder pelos mesmos.

No artigo, a abordagem “cinge-se a dois fundamentos éticos básicos que designamos como

argumento do respeito pela autonomia e argumento da relação fiduciária”, aos quais, como colocados, não se levantam dúvidas nem objecções.

A sistematização dos elementos do consentimento, apresentada sob o subtítulo “Consentimento expresso”, carece de explicitação dos mesmos, pois a mera apresentação dos conceitos parece insuficiente. Tomemos o caso da “compreensão” como elemento da informação. É, pois, obrigatório assegurar que a informação foi compreendida e de validar o entendimento da pessoa sobre o plano ou a proposta de cuidados que é realizada.

A analogia que é feita entre o consentimento para a investigação apresentado e o consentimento para a colheita e utilização de dados no ensino clínico apresenta uma inferência de que “seria eticamente censurável que os estudantes prestassem cuidados a pacientes incapazes (incompetentes)”. Ora, é censurável que os estudantes prestem cuidados, pois apenas os enfermeiros o poderão fazer. Este limite esbarra ainda com a prestação supervisionada de cuidados a crianças ou a doentes com problemas do foro da saúde mental e psiquiátrica. Não cabe ao estudante assumir a responsabilidade por actos profissionais, nem é funcionalmente dependente dos enfermeiros para que estes lhe possam delegar tarefas

(requisito presente o Artigo 10 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), como está escrito no Artigo.

Os enfermeiros têm de considerar o critério da pertinência e utilidade da informação sobre a qual assenta a prestação dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em concreto. A informação a recolher é a que se julga ser necessária e que é confidencial, e que foi obtida com o consentimento do cliente.

Se o direito à autodeterminação, ou seja, à capacidade e à autonomia, que o cliente tem para decidir sobre si, é o fundamento do consentimento informado, o enfermeiro, no respeito por este direito à autodeterminação, assume o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (conforme alínea b) do Artigo 84 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). O consentimento, por sua vez, pode ser livremente revogado a qualquer momento (até à execução).

Juridicamente, o consentimento pode ser expresso¹, tácito² ou

¹ Considera-se expresso quando é feito por palavras, escrito ou qualquer outro meio directo de manifestação de vontade livre e esclarecida do cliente, que é o titular do interesse juridicamente protegido.

² Considera-se tácito quando deduzido de factos que, com toda a probabilidade, o revelariam (é o caso onde a procura de cuidados de enfermagem e a parceria estabelecida no âmbito da relação terapêutica prevêem, ou seja, a declaração de vontade de consentir decorre da própria natureza da relação profissional).

presumido³. Embora não exista qualquer exigência legal de uma forma determinada para a eficácia do consentimento, a sua formalização escrita afigura-se de importância jurídica⁴ relevante, e é de valorizar a sua utilização sempre que tal seja considerado pelo cliente e/ou pelo profissional.

Do ponto de vista da ética e da deontologia, o profissional precisa de se assegurar que o cliente, competente e capaz de decidir, compreendeu a informação que lhe foi transmitida e consente (ou dissente) no que lhe é proposto. No enquadramento nacional⁵, o consentimento é eficaz sempre que manifestado por maior de 14 anos e que possua o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

³ O consentimento presume-se: quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde ou quando tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos acontecimentos e da experiência da medicina como meio de evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde mas, para ambos os casos, não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado (n.º 2 do Artigo 156 do Código Penal).

⁴ Ainda juridicamente, e nos termos do Artigo 150 do Código Penal, conjugado com o n.º 1 do Artigo 156 e 157 do mesmo Código, as intervenções e os tratamentos médicos não se consideram ofensa à integridade física, se levadas a cabo, de acordo com as *leges artis* e com o consentimento do cliente, depois de devidamente esclarecido sobre diagnóstico e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.

⁵ Código Penal, Artigo 38, n.º 3.

O Conselho Jurisdicional entende que, perante a incapacidade⁶ do cliente e na ausência de representante legal, o enfermeiro deve actuar presumindo o consentimento quando a situação permita supor razoavelmente que o cliente terá eficazmente consentido no facto, conhecendo as circunstâncias em que é praticado. Assim, a expressão formal de consentimento por parte de “pessoa significativa por ele designada” ou por terceiros, ainda no quadro legal, não iliba o profissional de ter agido contra a vontade expressa do cliente.

⁶ Esta incapacidade pode ser de menoridade, interdição ou inabilitação, nos termos dos artigos 123, 138 e 152 do Código Civil ou pode ser por não possuir o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento no momento em que o presta, nos termos do n.º 3 do Artigo 38 do Código Penal. Clarifique-se que em situações de incapacidade como a menoridade, a interdição (são interditos do exercício dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas e bens) e a inabilitação (são inabilitados aqueles cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, embora de carácter permanente, não seja de tal modo grave que justifique a interdição, assim como aqueles que pelo habitual uso de bebidas alcoólicas ou estupefacientes, se mostrem incapazes de reger convenientemente o seu património) a lei prevê que o consentimento possa ser dado por representante legal. As incapacidades dos menores são supridas pelo poder paternal e, subsidiariamente, pela tutela, podendo ou não ser decretadas pelo tribunal, cabendo aos pais ou tutor a representação legal do menor (de 14 anos). A interdição e a inabilitação são decretadas por tribunal, cabendo ao tutor a representação legal do interdito e ao curador a representação legal do inabilitado.

Numa perspectiva ética, a acção do enfermeiro fundamenta-se no princípio geral de respeitar a dignidade da pessoa (Artigo 78, 1.), e o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes é um dos princípios orientadores da actividade profissional.

Deontologicamente, é dever do enfermeiro respeitar a intimidade da pessoa protegendo-a de ingerência na sua vida privada e na da sua família, de acordo com a alínea a) do Artigo 86 do EOE. No âmbito de uma protecção que poderá não ser meramente física, deve o enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, no cumprimento do disposto na alínea b) do Artigo 84 do Estatuto.

Note-se ainda que o enfermeiro é obrigado, no exercício da sua profissão, a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento, considerando confidencial toda a informação do destinatário de cuidados e da respectiva família, qualquer que seja a fonte. Partilhará a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e da família, assim como os seus direitos, nos termos das alíneas a) e b) do Artigo 85 do EOE.

Consideramos que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente e sedimentada na confiança, requer efectivamente que o enfermeiro guarde segredo profissional. Entendida como um direito da pessoa e um privilégio do profissional, a confidencialidade é a regra. Admite-se, naturalmente, os limites impostos pela lei, já que o enfermeiro assume o dever “de divulgar informação confidencial acerca do cliente e da família, só nas situações previstas na lei”. Deve, portanto, recorrer previamente a aconselhamento deontológico e jurídico, nos termos da alínea c) do Artigo 85 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Fundamental, em situações de ensino-aprendizagem, como é o caso em análise, relativo aos estudantes de enfermagem, é o dever de manutenção do anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados, como consagra a alínea d) do Artigo 85 do EOE.

O processo de formação de futuros enfermeiros supõe a existência de oportunidades de aprendizagem em contexto de trabalho. Naturalmente, só deverá ser recolhida a informação necessária, e esta deverá ser confidencial,

garantido o consentimento do cliente e após ponderação sobre a proporcionalidade dos benefícios e não malefícios das estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas. Vale a pena reforçar a vulnerabilidade inerente à pessoa em situação de doença, considerando a possibilidade de se apresentarem condicionantes psico-emocionais ao exercício pleno da sua autonomia.

Deste modo, e em síntese, é nosso entender que:

- no planeamento e na programação das actividades de ensino-aprendizagem, o acesso dos estudantes de enfermagem

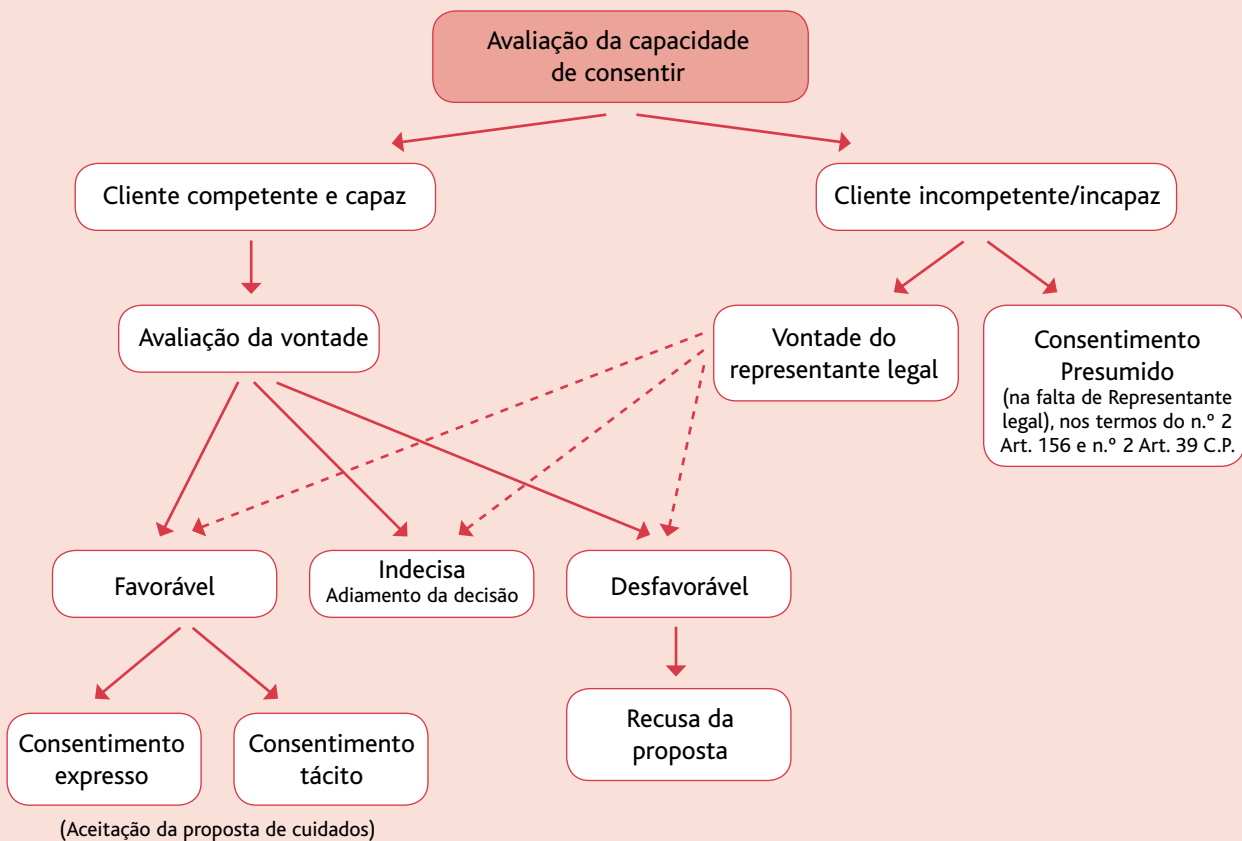
aos clientes deverá ser orientado pelo critério da pertinência e utilidade da informação, que se destina ao diagnóstico de enfermagem e ao planeamento dos cuidados personalizados, sob a protecção da confidencialidade e depois de obtido o consentimento expresso do cliente;

- face à decisão de promover o acesso de estudantes de Enfermagem aos clientes, este só poderá efectivar-se com o consentimento expresso dos próprios, num processo acompanhado e orientado por enfermeiros, isto é, por profissionais detentores do título

profissional, e, como tal, com o reconhecimento da “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem” (Artigo 7.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

- aos enfermeiros que acompanham os alunos, caberá assegurar o cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro.

Face ao exposto, pode, então, sistematizar-se, em género de algoritmo, o esquema para obtenção de consentimento para recolha de informação e / ou prestação de cuidados, para enfermeiros ¹⁶



Acontece em Angola

No âmbito dos acordos já existentes entre Portugal e Angola que visam a cooperação e o intercâmbio de conhecimentos, e no âmbito do qual outros profissionais de saúde já se deslocaram a este país, assim como já recebemos nos hospitais portugueses profissionais angolanos, tive a honra de ser convidada para dar formação a enfermeiros e técnicos em Angola na área do *pacing* .

Anabela Pereira Ambrósio

Enfermeira

Este convite deixou-me com um misto de sentimentos, onde se confundia orgulho, felicidade, ansiedade, mas principalmente um sentimento de responsabilidade enorme delegado sobre mim.

É certo que já tenho alguma experiência na prática de enfermagem e na área do *pacing* (onde trabalho há dez anos), mas a expectativa criada em redor deste curso em Angola era enorme. E, quando digo “expectativa”, estou a referir-me a vários grupos de pessoas.

Refiro-me, em primeiro lugar, às equipas de enfermagem e aos técnicos angolanos que esperavam de mim uma orientação para o seu trabalho diário e, muito especialmente nesta área que era nova para eles, contavam com ajuda para melhorar as suas condições de trabalho e o atendimento aos doentes internados por patologias cardíacas, e mesmo para valorizar o papel do enfermeiro. Saliento que este curso foi o primeiro organizado

em Angola em que enfermeiro e médico mostraram o seu trabalho em igualdade de valores e em que o trabalho em equipa é valorizado em todos os sentidos.

Refiro-me também à equipa de médicos angolanos que me acolheu de forma exemplar e que me fez notar a importância da enfermagem e a necessidade que sentem em ter nos seus hospitais enfermeiros capazes e seguros do seu valor, de forma a que possam melhorar o atendimento ao doente e à população.

Refiro-me, ainda, à expectativa criada pela população angolana, que sente a necessidade extrema de melhoria no atendimento na doença, e que, até aqui, se via sujeita à necessidade de grandes deslocamentos para poder ter tratamento adequado.

Assim sendo, decorreu entre 10 e 23 de Setembro deste ano o primeiro módulo do primeiro curso de *pacing* em Angola, no Hospital Militar / Instituto Superior de Luanda.

Apresentei os aspectos teóricos relacionados com o tema solicitado, nomeadamente:

- electrocardiograma (ECG) normal;
- como fazer um ECG;
- diferentes tipos de *pacemaker* e eléctrodos, bem como manuseamento destes materiais;
- abordagem às fases pré, peri e pós-cirúrgica, no que respeita aos cuidados de enfermagem na implantação de *pacemakers*;
- preparação do doente e da família para a alta;
- papel do enfermeiro na avaliação de limiares agudos num centro de *pacing* onde não haja técnicos de cardiopneumografia.

Estavam inicialmente previstas cerca de 40 inscrições. No entanto, no momento em que se iniciou o curso e por solicitações diversas, o número de formandos aumentou para 125. Cerca de metade era enfermeiros.

Neste primeiro módulo decorreram, no total, onze sessões de formação teórica. Três delas foram ministradas conjuntamente, e as

restantes em sessões simultâneas, mas separadas para médicos e enfermeiros.

Estiveram presentes em todas as sessões de formação teórica 96,8% dos inscritos.

Constatee continuamente o enorme interesse dos formandos em participar, a sede de aprenderem e de tirarem o maior proveito deste curso.

À medida que a formação ia decorrendo, fomos detectando, em conjunto, novas áreas que gostariam de ver abordadas e discutidas nos próximos módulos. Áreas essas que não abrangem apenas o doente cardíaco e o *pacind*, mas também outros temas relacionados com os cuidados de saúde.

Além da formação teórica, tive a oportunidade de colaborar na organização do espaço físico, dos equipamentos, dos materiais e da medicação, necessários ao funcionamento do centro de *pacind*.

Verificámos que as condições da sala cirúrgica eram boas, mas que, no entanto, poderiam ser optimizadas com algumas alterações. Nesta ocasião, foi-nos solicitado pela direcção do Hospital um relatório das alterações que considerávamos úteis. Este relatório foi entregue e as alterações foram bem aceites, estando actualmente em vias de serem concretizadas.

A par da formação e organização já referidas, aconteceram também oito implantações de *pacemaker* (sendo um deles de ressincronização

ventricular), que, em simultâneo, resultaram em benefício para os doentes em tratamento e serviram de aulas práticas para a equipa que passará a fazer parte integrante do centro de *pacind* do Hospital Militar / Instituto Superior de Luanda. Nestas ocasiões, para além da prestação de cuidados que habitualmente desempenho nestas circunstâncias, tive sob a minha orientação a equipa de enfermagem, a equipa técnica e a equipa de auxiliares de limpeza e esterilização.

Desta forma, tivemos a honra de colaborar na fundação do primeiro centro de *pacind* de Angola. Até aqui, estes doentes tinham necessariamente de ser deslocados para África do Sul, para o Brasil ou para a Europa para se submeterem a este tratamento, com todos os custos e as limitações que daí advinham.

Tivemos ainda a oportunidade de visitar os diversos hospitais e as clínicas de Luanda, onde pudemos observar as condições físicas das mesmas e também tomar conhecimento e opinar sobre as situações clínicas e de tratamento possíveis dos doentes cardíacos internados ou dos casos que surgem com maior frequência.

Tentámos, com a nossa presença, realçar a importância do trabalho em equipa, da colaboração mútua e do trabalho em conjunto para atingir um objectivo comum.

Obviamente, isto foi possível porque sempre tentámos agir desta forma, colocando em igualdade de importância médicos, enfermeiros

e técnicos. Creio que conseguimos transmitir este espírito aos formandos, que, apesar de não estarem habituados a tal, entenderam, aceitaram e acarinharam a sua importância.

O objectivo principal deste curso é o de formar profissionais de saúde para manterem este centro activo e para prestarem cuidados de saúde nesta área à população de Angola.

No entanto, tornou-se um objectivo desta equipa participar activamente e da melhor forma possível na reconstrução desta cidade e na melhoria dos cuidados de saúde prestados. Até porque constatámos que existem muitas pessoas com insuficiência cardíaca e com miocardiopatia dilatada numa faixa etária muito baixa, com indicação para ressincronização ventricular.

Foi também avaliada a necessidade de realizar alguns trabalhos de investigação. Assim, encontram-se em fase de preparação trabalhos de investigação clínica e trabalhos de investigação elaborados por enfermeiros, no contexto da insuficiência cardíaca, em que serei a coordenadora.

Os enfermeiros têm, sem sombra de dúvida, um papel determinante na melhoria das condições de vida desta população, quer pela necessidade extrema de educação da população para a saúde e para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, quer pela necessidade de adquirir conhecimentos científicos para melhorar a assistência em caso de doença, quer ainda na criação

de espaços hospitalares com condições de assepsia, organização e funcionalidade.

Encontrei uma cidade com uma beleza e uma magia intrínsecas indescritíveis, mas muito destruída pela guerra e pela sobrepovoação. É de realçar que, actualmente, mais de metade da população angolana vive em Luanda.

Encontrei uma população num limiar extremo de pobreza, que vive em condições de saneamento muito abaixo do básico.

Encontrei um grupo de profissionais de saúde com muita vontade de reconstruir esta cidade e este país, um grupo de pessoas que nos acolheram da melhor forma possível e a quem não posso deixar de agradecer.

A expectativa criada foi de tal modo grande que nos foi solicitada repetição da formação teórica do primeiro módulo, pois existem muitos outros enfermeiros e médicos que não tiveram possibilidade de frequentar este curso devido à limitação do espaço físico. Esta repetição está já agendada para Janeiro próximo, e decorrerá em simultâneo com o segundo módulo para os formandos que já iniciaram esta formação. Este curso prevê-se que decorra durante os próximos dois anos, e será dividido em oito módulos. O segundo e o terceiro módulo estão já agendados e planeados para Janeiro e Abril de 2006.

É um curso conjunto para enfermeiros, técnicos e médicos, no

qual tenho a honra de partilhar a autoria e apresentação com o Sr. Dr. Machado Rodrigues (chefe de serviço e responsável pela Unidade de *Pacing* do Hospital Pulido Valente).

Estou a escrever este artigo porque considero importante partilhar convosco a minha experiência nesta minha primeira viagem a Luanda.

Penso que com esta descrição, que considero resumida, consegui dar a ideia de quanto intensivas foram estas duas semanas. No entanto, no final, voltei com um misto de satisfação e insatisfação.

Satisfação, porque consideraram útil e benéfico o meu trabalho e o meu empenho. Insatisfação, porque aquilo que consegui no fim deste curto período foi apenas extrair uma gota de água do mar de necessidades que ainda têm.

Saí de Lisboa para Luanda com o objectivo de ensinar o que aprendi, ao longo destes anos, sobre *pacing*, mas voltei uma enfermeira diferente, crente de que a Europa é, neste momento, privilegiada no que respeita aos cuidados de saúde prestados. Embora, obviamente, não considere que sejam os ideais: há muito para crescer e para melhorar. No entanto, os profissionais de saúde de Luanda debatem-se diariamente com muitas dificuldades no exercício da sua profissão, embora me tenham mostrado uma força interior enorme e uma vontade de reconstruir e melhorar, que fará com certeza com que aquele país


se equipare à Europa num período de tempo muito curto.

Neste âmbito, e porque esta iniciativa foi bem acolhida e divulgada por diversas entidades, quer angolanas quer portuguesas, temos o prazer de contar já com a disponibilidade de outros profissionais portugueses para participar, quer ligados à área da saúde quer noutras áreas, como engenharia ou arquitectura.

Espero poder continuar este projecto de colaboração com Angola que se poderá tornar muito benéfico quer para a população angolana, quer para os seus profissionais de saúde e, também, para nós que colaboramos nesta iniciativa, pois considero que aprendi tanto quanto ensinei.

De regresso a Portugal, constatámos também com satisfação o interesse de colegas de outros hospitais portugueses em adquirir conhecimentos nesta prática e interesse em colaborar nesta iniciativa, o que tornou a nossa actividade ainda mais gratificante.

Espero, com a colaboração de todos, conseguir tornar este projecto num enorme sucesso e, sobretudo, contribuir para melhorar a saúde dos angolanos e, muito especialmente, de Luanda.

Para concluir, gostaria de transmitir por palavras a sensação de um dever a cumprir apenas iniciado, mas em vias de continuidade, e da sensação gratificante que tenho por ter escolhido uma profissão de que me orgulho. 

O campo da prática de enfermagem é verdadeiramente exclusivo dos enfermeiros?

Glória Toletti, Etelvina Tojal,
Luís Nabais e Luísa Sotto-Mayor,

Enfermeiros especialistas

Enquanto enfermeiros e formadores, quatro interrogações conduziram a reflexão que vos propomos e que têm especial relevância no momento actual, em que as fronteiras profissionais são reiteradamente deslocadas por movimentos exteriores ao grupo.

- Como ser um parceiro efectivo da pessoa cuidada?
- Como se situar, viver e comunicar em equipa?
- Como encontrar o ponto de equilíbrio entre a autonomia e a interdependência?
- Como delegar tarefas, sem dividir / fragmentar o cuidado?

A emergência de novas profissões leva-nos a colocar a questão sobre quem são os verdadeiros beneficiários: os cidadãos, os profissionais de saúde, o “Estado-economia”, outros? Um outro modo de colocar a questão é o de saber se estas profissões são a

resposta a novas necessidades dos cidadãos no domínio da saúde, ou se apenas são resposta a questões de uma outra ordem, por exemplo, unicamente logística ou de reconfiguração social das profissões.

Parece-nos que o desafio, na óptica do cidadão, é o de fazer prevalecer uma lógica verdadeiramente centrada na pessoa cuidada, apesar da dificuldade de harmonização com a incontestável evolução dos saberes científicos e da tecnologia, exigindo cada vez mais especialização e conduzindo, frequentemente, a uma fragmentação do cuidado em tarefas cuja interdependência nem sempre é evidente.

Por outro lado, estamos conscientes de que este estado “das coisas” não é, unicamente, o resultado de uma evolução das concepções de saúde e dos meios postos à sua disposição. Ele é também o resultado de decisões suportadas por dados económicos que desconhecem o justo valor do cuidado de enfermagem e que, por essa via, se submetem

facilmente a uma lógica de custo imediato.

O artigo de Françoise Acker – “Infirmières: des pratiques en redéfinition” – recentemente publicado na revista *Sciences Humaines* (2005) exprime bem o que acabámos de dizer. Esta socióloga faz referência a vários factores na base desta redefinição, tendo todos eles em comum justificações socioeconómicas e introduzindo graves rupturas nas equipas de cuidados: diminuição do número de camas e do tempo médio de internamento, diminuição do número de enfermeiros e modificação das regras de progressão na carreira, gestão individualizada de competências e de remunerações. A conjugação destes factores está associada ao abandono precoce da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros peritos e compromete a integração e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros iniciados. O “tempo”, como refere Acker, é altamente cronometrado: trabalhar sobre o essencial face às necessidades dos pacientes – mesmo que o

tempo do cliente e o do cuidador não coincidam – e, rapidamente, face às exigências institucionais de assegurar a fluidez de um sistema que aposta simultaneamente em curtas hospitalizações e contenção nos cuidados extra-hospitalares.

Memorizar, mobilizar e transmitir informação, quer face à evolução e diversificação das técnicas, quer face à gestão da qualidade com recursos cada vez mais racionalizados, constituem estratégias encontradas pelos enfermeiros para responder às novas exigências. Neste contexto, uma parte das actividades até agora consideradas como integradas no conteúdo funcional da profissão deslocam-se para fora desta, por vezes, mesmo através de movimentos internos ao grupo profissional, sem que tal signifique desejo seu, mas apenas solução possível. Constituem disto exemplos:

- actividades de preparação de intervenções cirúrgicas, de gestão de sintomas e de articulação das estruturas de cuidados, “perdidas” para o cidadão;
- trabalho relacional de acompanhamento e suporte, sistematicamente reenviado para outros profissionais, mas também para voluntários;
- certas tarefas de resposta a necessidades básicas da pessoa e até registos escritos, que passam a ser realizados por auxiliares de acção médica sem que de uma adequada delegação se trate.

No interior da profissão, são as fronteiras entre trabalho intra e extra-hospitalar que se esbatem, ou seja, o trabalho extra-hospi-

talar tende a ser submergido por um aumento de necessidades em cuidados de tratamento da doença, deixando todo o trabalho comunitário de prevenção e de promoção da saúde relegado para segundo plano. Dito de outro modo, são anunciadas políticas que defendem os “cuidados de proximidade à pessoa”, mas ignoradas as medidas que permitem a sua plena concretização.

Entre nós, a profissão de enfermagem situa-se no centro desta problemática, que entendemos como quase dilemática. A tentativa de substituição de enfermeiros por outros não enfermeiros, tão presente nas nossas práticas quotidianas, mostra as fragilidades de uma profissão que possui um extenso campo de intervenções e ainda poucas “palavras” e “lugares” socialmente reconhecidos para se concretizar, se dizer e (re)afirmar.

As intervenções em cuidados de enfermagem são frequentemente mal compreendidas e assimiladas a uma ideia de simplicidade, de natural reprodução, de elementar execução. Parece-nos que é justamente na complexidade desta aparente simplicidade que se joga um verdadeiro desafio para a profissão. Uma profissão de profunda interacção, de encontro de um “corpo vivido” com outro “corpo vivido”.

Conscientes desta incompreensão e desejando contrariar este estado das coisas, em Portugal privilegiámos uma dialéctica de construção da identidade de enfermagem centrada sobre as práticas profissionais.

Assim, após a revolução de 1974, tomámos a decisão de unificar as formações, passando a existir uma única formação inicial em enfermagem – o enfermeiro generalista. A figura de auxiliar de enfermagem não existe desde então.

A partir dos anos oitenta, a formação inicial foi integrada no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior; na década de noventa foi alargada para quatro anos e foi criada a Ordem dos Enfermeiros. Desde então, dispomos de um enquadramento conceptual, que defende que cada pessoa vive um projecto de saúde e que o enfermeiro é um parceiro na promoção desse projecto.

Estas estratégias visam contribuir para o reconhecimento do valor social e económico dos cuidados de enfermagem, recusando uma fragmentação destes em tarefas hierarquizadas e introduzindo uma nova compreensão das práticas profissionais enquanto saberes **em** e **na** acção. O que equivale a dizer: questionar sistematicamente uma organização social das profissões suportada por conceitos tradicionalistas.

Porém, e apesar destas mudanças expressarem o reconhecimento social do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros relativamente à saúde e ao bem-estar da população, a profissão vive ainda um momento de transição no sentido da consolidação e afirmação dos seus saberes perante os cidadãos e as instituições e de consolidação do seu estatuto de profissão de pleno direito.

Trata-se, portanto, de mudança nos papéis sociais dos actores. Ainda que a mudança seja uma das coisas mais frequentes na vida, ela assume uma temporalidade particular quando se trata de representações de objectos com uma longa história estabelecida, como é o caso das práticas de cuidados de enfermagem, fundadas sobre as práticas sociais de cuidados prestados pelas mulheres desde os primórdios da humanidade (Collière, 1989).

O conceito de “interprofissionalidade” subentende uma rede tecida com os aportes e as especificidades de cada um e, neste sentido, parece-nos revelar um caminho a percorrer para a clarificação das identidades profissionais e a articulação concertada dos seus saberes. Por outro lado, este conceito sugere ainda a construção de uma malha de intervenções profissionais, suportada pelas competências testemunhadas na acção e, neste sentido, parece-nos constituir igualmente uma via na concretização de um cuidado integrado e integrador.

Centrar-se na pessoa cuidada confronta-nos justamente com a ideia da indivisibilidade do cuidado, isto é, com um olhar integrativo sobre este. Não obstante uma lógica disciplinar que permite a construção de saberes, e que desse ponto de vista permanece actual, trata-se de desenvolver uma lógica profissional que dê vida ao potencial de competências de cada um a partir das situações de vida que se jogam. Situações de vida que nos reenviam ao conceito de complexidade, isto

é, a um olhar que não pode fazer economia da complexidade.


Neste sentido, Martin (2000), num artigo que publicou entre nós, sugeriu como mais fecundo basear a acção profissional e, portanto, o olhar que a antecipa, na oferta e procura, tudo isto envolvendo uma comunicação, uma intencionalidade e um projecto terapêutico. É também esta a noção que subentendemos nas palavras de Hesbeen (1997), quando manifesta a sua convicção de que a identidade de enfermagem existe e que aquilo de que necessita é ser clarificada com simplicidade e traduzida na organização quotidiana da prática.

Na nossa opinião, este convite a (re)pensar as profissões de ajuda e de serviço pressupõe romper com uma lógica que reduz as práticas a simples “saber-fazer” e que durante mais de um século impregnou as identidades profissionais, mantendo uma organização do trabalho e da atribuição de poderes, suportada num modelo dos que “pensam” e dos que “fazem”. Como disse entre nós Almeida e Costa (2000), trata-se de eliminar a pretensa dicotomia, entre o “saber” e o “saber-fazer”, pois “só sabe quem faz” e “só faz quem sabe”. Reabilitemos, pois, o lugar que o saber ocupa na prática e o papel desta na permanente (re)construção dos saberes.

Conscientes de que deixamos mais questões do que revelações, esperamos, contudo, ter proporcionado alguns elementos de compreensão às interrogações

que propusemos no início desta reflexão. Interrogações a que cada um de nós, no seu exercício profissional diário, no tempo e espaço das suas equipas, terá de encontrar respostas, entendidas como um caminhar permanente na consecução de cuidados de enfermagem que materializem a concepção de cuidados, que os enfermeiros portugueses através da sua Ordem defendem e propõem.

Referências bibliográficas

- ACKER, F. – *Infirmières: des pratiques en redéfinition*. «Sciences Humaines». Hors-série. 48 (2005) 48-51.
- COLLIÈRE, M. F. – **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COSTA, A. A. – *Ensino Politécnico*. In: COSTA, M. A. [et al.] (eds.) – **Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Projecto**. Lisboa: Ministério da Saúde DRHS. (2000) 26-38.
- HESBEEN, W. – **Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin infirmier dans une perspective soignante**. Paris : Masson, 1997.
- MARTIN, C. – *Cuidados de Enfermagem e complexidade*. In: COSTA, M. A. [et al.] (eds.) – **Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Projecto**. Lisboa: Ministério da Saúde DRHS, 2000. pp. 14-25.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos**. 2001. 

Ética e fim de vida: ao encontro da pessoa com Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma forma progressiva de demência. A sua prevalência aumenta com a idade, e estima-se que uma em cada dez pessoas americanas apresentem esta doença. Ao longo dos seus estádios, as pessoas dementes vão perdendo as suas capacidades intelectuais, evoluindo para a incapacidade de sequer poderem comunicar as suas necessidades fisiológicas, psicossociais, espirituais e culturais.

Estas perdas incuráveis e sucessivas manifestam-se pelas alterações do seu comportamento, pelo temperamento inconstante e pela sua dependência total dos outros para satisfazerem as suas necessidades de vida humana básicas. Tudo muda: a sua capacidade de ser e de estar no mundo, a relação com os outros e consigo próprio enquanto pessoa.

Então, como conseguir entrar no seu mundo? Como comunicar para além da demência? A nossa atitude passa por, primeiro, conhecermos os estádios da doença e agir de acordo com as alterações que estas pessoas apresentam, promovendo sempre um estímulo exterior através da relação terapêutica. Que palavras ou que gestos dão sentido à vida destas pessoas dementes?

Tânia Maria de Abreu Jardim

Enfermeira

Introdução

O ser humano é fundamentado da ética porque tem uma substancialidade própria, que limita as pretensões de qualquer humano de o instrumentalizar como objecto.

O fundamento da ética preexiste no outro ser humano pelo simples facto de ele (o doente) ser. O respeito pelos direitos no fim da vida

e pelos cuidados humanizados são éticos porque promovem a sua humanidade.

A reflexão ética em cuidados paliativos tenta definir condições para uma prática de cuidados numa abordagem global, respeitando os valores, a autonomia e o consentimento informado do doente. Por outro lado, implica uma reflexão sistematizada e uma respectiva estruturação de respostas coerentes, de acordo com os preceitos pessoais e sociais do doente.

Nos doentes com demência, a sua degeneração mental é tão grave que o conflito de valores no fim de vida é ainda mais problemático. Qual é o lugar da palavra? Quem vai decidir? Qual é a liberdade de acção do doente? E da família?

Pessoa com Alzheimer

A demência mais comum é a doença de Alzheimer. Nesta doença progressiva e degenerativa, as células nervosas do cérebro são destruídas, causando a perda incurável das suas capacidades mentais,

o que se manifesta nas alterações do seu comportamento.

A demência altera a pessoa aos olhos dos outros, e, muitas vezes, já não reconhece as pessoas de quem ama. Como fazê-los sentir que ainda ocupam o lugar no nosso coração? Como comunicar além da demência?

Na última etapa de vida, em que comunicam apenas por sons e movimentos e se encontram totalmente dependentes em todas as suas AVHB (actividades de vida humana básica), como dignificar e dar mais vida ao resto da sua vida?

Cuidados paliativos

Os cuidados paliativos são uma resposta adequada para uma pessoa com doença progressiva, incurável e degenerativa, como é o caso dos doentes com demência e em fase terminal de vida.

São cuidados holísticos e activos que promovem a qualidade de vida e fornecem acompanhamento de suporte à família.

Os objectivos dos cuidados paliativos incluem: prevenir e controlar a dor, aliviar outros sintomas causados pela doença, promover uma comunicação adequada com o doente e a família, apoiar a família e trabalhar numa equipa interdisciplinar.

Com a evolução da doença, os períodos de agudização aumentam, os doentes começam a entrar numa fase irreversível, onde a morte está



ARQUIVO OE

cada vez mais próxima. Mas o processo de morrer integra a vida.

A doença já não lhes permite agir, mas a vida que têm em si próprios permite-lhes permanecer ligados ao mundo. Nós, profissionais e familiares, é que temos de estar atentos para descobrir a melodia que a pessoa pode ainda fazer da sua vida, com a música que lhe resta.

Dilemas éticos no fim de vida

A sua doença demencial faz parar o seu crescimento interpessoal, porque já não se consegue identificar fora de si, nem fazer a personalização no seu espaço familiar, sociocultural e psicoespiritual, onde está historicamente determinado. Mas ainda há lá qualquer coisa: ninguém consegue ser o vazio.

Os conflitos surgem quando o doente não é capaz de compreender os seus limites. Como estabe-

lecer uma eticidade relacional se o doente apresenta uma incapacidade mental? Se a família o deixa ao abandono e o tutor é irresponsável? Se os profissionais de saúde têm falta de meios?

Outros problemas surgem ainda em relação ao consentimento informado, à hospitalização, aos ensaios clínicos e relativamente às limitações impostas à liberdade do doente, ao amor, à sua sexualidade.

E outros conflitos surgem ainda: se a morte representa o cessar das nossas funções vitais biológicas, o fim da nossa existência como pessoa e a ruptura com o mundo, será aceitável considerar a perda da capacidade intelectual humana como uma morte intelectual? Será um caminhar feito de lutos progressivos e sucessivos à medida que evolui a sua doença? Como proporcionar uma intensificação do cuidar? E quando estes doentes se encontram em fase terminal, incapacitados de

tomar decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde?

A tomada de decisões do doente demente em cuidados paliativos deverá ser feita por um “agente moral”, que pode ser a família, e pode, numa instituição, também ser feita pela equipa de saúde. Este agente moral tentará decidir, baseado no que pensa ser melhor para a qualidade de vida do doente, respeitando os seus desejos anteriores, tanto quanto possível. O enfermeiro deve iniciar discussões acerca dos planos futuros e da tomada de decisões ainda no início da demência. Por outro lado, é essencial reflectir se as medidas utilizadas, sejam elas médicas ou cirúrgicas, promovem a qualidade de vida do doente, porque não podemos correr o risco de agir em absoluta desproporção entre o meio usado e o objectivo que se quer alcançar causando “obstinação terapêutica”.

Negar a morte para negar a doença através de tratamentos desproporcionados não deve jamais transformar o fim da corporeidade humana num inútil artifício técnico. Esta deve ser assistida e cuidada. O ser paliativo exige um conjunto de medidas particularmente úteis e eficazes para proteger e defender a pessoa, garantindo a adequada qualidade de vida no tempo que lhe resta.

Mas acompanhar o doente durante o processo de morrer confronta-nos com a nossa própria existência, e o nosso próprio dilema ético causa ambiguidade nas nossas atitudes e

nos nossos comportamentos, que afectam positiva ou negativamente o doente. Cuidar destes doentes envolve decisões difíceis à medida que estes vão perdendo as suas capacidades.

Um destes exemplos é o aporte nutricional. Num doente com anorexia ou disfasia e / ou que não saiba deglutir, as decisões sobre a colocação ou não de sonda nasogástrica e de soro causam um grande stress, tanto ao agente moral e à família, como à equipa de saúde.

Então, quando devemos retirar a sonda nasogástrica? E o soro? Se a essência do cuidar é baseada na unicidade do outro, só podemos discutir em equipa multidisciplinar e depois com a família, caso por caso. Primeiro é essencial que nós, técnicos, estejamos cientes daquilo que o doente optaria para si mesmo, caso este o tenha referenciado, e, aqui, aplicamos o princípio ético da autonomia.

Em segundo lugar, temos de promover sempre o bem-estar e conforto do doente, agindo de acordo com o princípio da beneficência, o respeito pela vida e pela integridade biopsicossociocultural e espiritual da pessoa doente.

E então surge um outro dilema ético. E quando estes doentes dementes em fase terminal se encontram incapacitados de referenciar os seus sentimentos e alterações internas? Como avaliar o seu desconforto físico? E afectivo? Como avaliar o seu sofrimento e a sua dor?

É sabido que a dor é, em 64%, um dos sintomas mais comuns dos doentes com demência no último ano de sua vida (McCarthy [et al.]), contudo, estes doentes recebem menos analgesia do que os doentes conscientes, porque apresentam uma deterioração da comunicação verbal e não-verbal, o que faz com que os profissionais de saúde não reconheçam o seu quadro algico, não avaliando da forma mais adequada, além de que estes doentes, por apresentarem défices de memória, podem bloquear a habilidade para lembrar a percepção de dor.

Então, como nos comunicam estes doentes a sua dor? Através da agitação, da tensão muscular, da alteração do tom de voz, do gemido, de alterações do sono e do apetite, do aumento da frequência cardíaca, da sudorese, da expressão facial, da postura corporal... Sem dor, é um direito que assiste a estes doentes e um dever nosso de controlá-la.


Temos de continuar a cuidar com consciência moral, promovendo sempre a dignidade pela pessoa humana, regidos sempre pela lei (que é o que tem de ser e é) e pela ética (que é o que devia ser justamente), em virtude dos valores e dos direitos do ser humano no fim da vida.

Conclusão

Todo este nosso agir ético nasce para servir a pessoa, um ser com um fim em si mesmo. E a dignidade do corpo e da pessoa é igual em todos os momentos da vida,

esteja ou não doente, porque é um valor em si mesmo. Mas a nossa maior lição é: “os que estão a morrer ensinam-nos a viver”.

Referências bibliográficas

- ANDERSON, Kathryn H. [et al.] – Patients with dementia involving families to maximize nursing care. «Journal of Gerontological Nursing». (Jul. 1992) 19-25.
- STEEN, Jenny T. Van der S. [et al.] – Severe dementia and adverse outcomes of nursing home pneumonia: evidence for mediator by functional and pathophysiological decline. «JAGS». 50 (2005) 439-448.
- MORRISON, R. Sean; SIV, Albert L. – Survival in end-stage dementia following acute illness. «JAMA». 284:1 (Jul. 2000) 47-52.
- CASARETT, David [et al.] – How should clinicians discuss hospice for patients with dementia? Anticipating caregivers' preconceptions and meeting their information needs; Alzheimer disease and associated disorders. 16:2 (2002) 116-122.
- SHOSTER, John L. – Palliative care for advanced dementia; Death and dying. 16:2 (2000) 373-386.
- HURLEY, Ann C. [et al.] – Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients, Research in nursing of health. 15 (1992) 369-377.
- KOVACH, Christine R. [et al.] – Use of the assessment of discomfort in dementia protocol, Applied Nursing research. 14:4 (2001) 193-200.
- HURLEY, Ann C. [et al.] – Palliative fever management in Alzheimer patients: quality plus fiscal responsibility. «Adv. Nurs. Sci» 16:1 (1993) 21-32.
- EVERS, Martin M. – Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia, psychiatric services. 53:5 (2002) 609-613.
- MCCARTHY, Mark [et al.] – The experience of dying with dementia: a retrospective study. «International Journal of Geriatric Psychiatry». 12 (1997) 404-409.
- REMPUSHESKI, Veronica F.; HURLEY, Ann – Advance directives and dementia. «Journal of Gerontological Nursing». (Oct. 2000) 24-34. 

Health Professionals Crossing Borders*



No passado mês de Outubro, o Enfermeiro António Manuel, membro do Conselho Directivo responsável pelas Relações Internacionais, e o Dr. Nuno Lampreia, assessor da OE para as questões de direito comunitário, participaram na *Conferência de Consenso – Health Professionals Crossing Borders*, que decorreu em Edimburgo. Este evento foi promovido pelo Reino Unido, no âmbito da sua presidência da Comunidade Europeia, e teve como finalidade concluir os trabalhos iniciados durante a presidência Holandesa, em 2004.

Nesta altura, foi realizada a conferência *Health Professionals Crossing Borders*, que tinha em vista a criação de dispositivos comuns para o controlo das condições para o exercício profissional, nos vários países decorrentes da Directiva Europeia sobre o Mercado Interno e a Livre Circulação, onde também estiveram ambos presentes.

A delegação portuguesa na conferência de Edimburgo contou, para além dos delegados da OE, com a participação da Dr^a. Ana Diniz Couto da Direcção-Geral de Saúde e com a representante da Ordem dos Farmacêuticos, Dr^a. Ivana Silva. O principal objectivo desta conferência foi a conclusão dos trabalhos iniciados e a redacção de um acordo final nesta matéria. O acordo final alcançado deve ser encarado como recomendação de boa prática a adoptar pelas entidades competentes de cada estado membro. A Ordem dos Enfermeiros está a trabalhar internamente este acordo final e em breve dará conhecimento dos seus desenvolvimentos e implicações futuras, nomeadamente para os enfermeiros que desejam exercer a sua profissão em Portugal.

* Optamos por não traduzir esta designação, pois o título escolhido aproveita inteligentemente os significados de “crossing” e de “border” e a sua conjugação. Assim, refere-se, simultaneamente, a profissionais que atravessam as fronteiras físicas dos estados-membros e violam as regras de conduta deontológica, ética e mesmo legal.

Para uma engenharia do cuidar...

Começo por vos contar uma história. Uma daquelas histórias que nos trazem ensinamentos sobre os quais reflectimos em muitas ocasiões e que nos servem, com frequência, para podermos ilustrar aquilo que pensamos e em que acreditamos.

Raul Alberto Cordeiro

Enfermeiro especialista

Em 1989, cumpria eu o Serviço Militar Obrigatório na Escola do Serviço de Saúde Militar, em Campo de Ourique – Lisboa. Um conjunto de 20 enfermeiros e um engenheiro zootécnico (do qual, peço imensa desculpa, não me lembro o nome) integravam o que em linguagem militar se denomina um pelotão. Quando confrontados pelos instrutores, com a nossa experiência, a nossa formação, de onde vínhamos etc., o nosso camarada engenheiro zootécnico era inúmeras vezes confrontado com a mesma pergunta: o que faz um engenheiro zootécnico? A esta pergunta ele (?) respondia sempre e invariavelmente da mesma forma: “Então... **Enquanto um médico veterinário trata da identificação da patologia do animal e da definição das respectivas estratégias de cura, do ponto de vista médico, nós, engenheiros zootécnicos, cuidamos de criar as condições necessárias ao bem-estar do animal no que respeita**

a alimentação, higiene e conforto e alimentação saudável, quer dos animais sãos, quer dos animais doentes.

Logo, talvez por analogia se subentende, alguém no seio do grupo de enfermeiros sugeriu, que nós, enfermeiros, deveríamos ser chamados “engenheiros técnicos de saúde”.

Embora pecando por uma visão algo redutora e pouco transversal da essência da Enfermagem e também da Engenharia Zootécnica, pela qual antecipadamente me penitencio (devo lembrar que estávamos em 1989 – há 15 anos – e aqueles enfermeiros eram um grupo de jovens imberbes, pensam os leitores), serve esta pequena história para ilustrar uma pequena reflexão que considero primordial sobre o estado de arte actual da nossa enfermagem.

Passando o cansaço do discurso batido e gasto de que estamos numa encruzilhada, que sofremos uma crise de identidade ou que

necessitamos de reflectir mais sobre a nossa cultura científica, factos essenciais à evolução das ciências, devo lembrar que as grandes ciências ou culturas científicas evoluem porque sofrem permanentes crises de identidade e desenvolvimento (E. Erikson diria que somos uma ciência adolescente) e que é o cepticismo próprio das encruzilhadas que as faz evoluir gradual e permanentemente.

Tenho para mim que o contexto actual da enfermagem, em Portugal, saliente-se, se deve essencialmente a nós. Se olharmos para trás, provavelmente nenhuma área científica terá evoluído tanto em Portugal como a Enfermagem. Mas que reflexos tem tido essa evolução no **cuidar** na vida do dia-a-dia?

Deixámos, ou estamos tendencialmente a deixar, de assumir **tarefas** da essência da Enfermagem, como as da higiene e do bem-estar – “há serviços onde os doentes são distribuídos pelos enfermeiros e pelos auxiliares de acção médica consoante o grau de complexidade

dos cuidados exigidos”. O que pensamos disto? Pessoalmente, questiono-me onde cabe esta estratégia no desenvolvimento das actividades interdependentes dos enfermeiros? É-me difícil equacionar o futuro sem um desenvolvimento franco e sustentado das actividades autónomas dos enfermeiros.

Penso ser aí, corrijam-me se acharem que não, que reside o nosso potencial de desenvolvimento numa estratégia de autodesafio constante na construção de uma disciplina científica construída sobre alicerces sólidos de qualidade e competência.



© FRANCISCO CORBEIRO

Às vezes, não raramente, tenho a ideia de que estamos a esquecer a essência da nossa arte, os nossos

target care. Afinal, é com todos que se constrói o futuro, mas o futuro é já agora.

Condições de trabalho dos enfermeiros



O percurso evolutivo da profissão de enfermeiro, do contexto e do conteúdo do trabalho foi objecto de um estudo que permitiu diagnosticar as condições do exercício profissional dos enfermeiros, no que respeita, essencialmente, às condições e aos modelos de organização do trabalho, bem como ao respectivo impacte na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para efeitos do estudo e por condições de trabalho, entendeu-se um leque vasto de componentes determinantes, entre os quais se destacam os conteúdos de trabalho, o tempo de trabalho, as condições materiais de trabalho, as condições de saúde e segurança, a formação profissional e o desenvolvimento pessoal possibilitado, bem como as práticas de gestão e de organização institucional.

Nas suas conclusões pode ler-se:

“A análise quantitativa permite demonstrar que o bem-estar dos enfermeiros, relativamente à motivação com o trabalho e à satisfação com as condições em que o mesmo se realiza, tem uma influência positiva nos resultados organizacionais em todos os indicadores considerados.

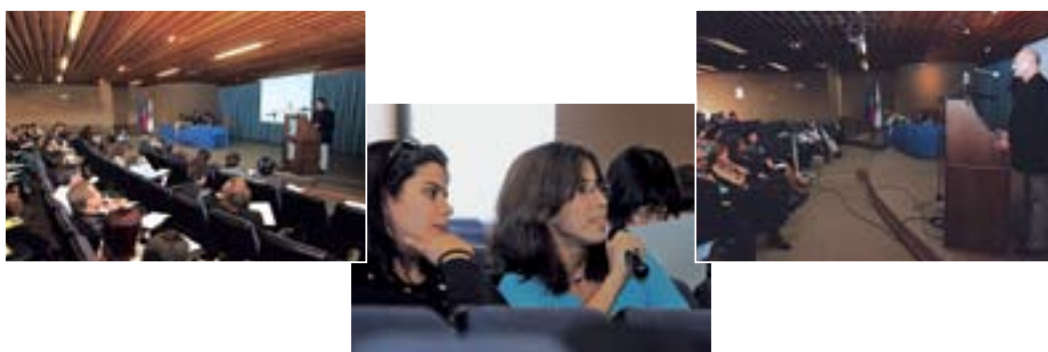
A percepção que os enfermeiros têm dos impactes das condições de trabalho varia de acordo com as dimensões. Em relação ao desenvolvimento profissional, às relações de trabalho, ao conteúdo do trabalho e à organização do trabalho, a percepção é positiva. Por outro lado, para as situações de mudança, as práticas de gestão, as condições de saúde e a segurança no trabalho e as condições materiais de trabalho a percepção dos enfermeiros é negativa. Esta avaliação de impacte está claramente relacionada com a situação actual percebida, no tocante aos indicadores utilizados para avaliar cada uma das dimensões das condições de trabalho.”

Não deixe de ler este importante documento.

Já disponível na sede e em todas as secções regionais.

Encontro Nacional

“O enfermeiro na prevenção e controlo da dor”



ARQUIVO OE

Integrado na Semana Europeia da Luta contra a Dor, decorreu em Aveiro, no dia 18 de Outubro, o Encontro Nacional de Enfermeiros com o tema “O enfermeiro na prevenção e no controlo da dor”.

Houve, neste encontro, espaço para a reflexão: foram aqui partilhadas diferentes abordagens sobre a dor. Desde a formação inicial à partilha de experiências, através de projectos em implementação ou dos respectivos resultados, foi possível conhecer algumas práticas de enfermagem e o investimento dos enfermeiros no desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção avaliação e controlo da dor.

O intercâmbio das várias experiências permitiu a mobilização de conhecimentos, o que, por sua

vez, poderá ser renovador de dinâmicas. Poderá, igualmente, facilitar a mudança de práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Da avaliação do Encontro, ressalta o interesse dos enfermeiros:

- pela realização deste evento,
- pelos contributos específicos à mudança das práticas neste domínio.

A Ordem dos Enfermeiros congratula-se pelo interesse demonstrado pelos seus membros, que estiveram presentes e participaram no Encontro, revelando o crescente sentido de desenvolvimento profissional pelo compromisso na prevenção, na avaliação e no controlo da dor.

Ordem dos Enfermeiros – Sede: Av. Almirante Gago Coutinho, 75 – 1700-028 Lisboa – Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259 – E-mail: mail@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional da R. A. dos Açores:** R. Dr. Armando Narciso, 2 – 9500-185 Ponta Delgada – Tel.: 296 281 868 / Fax: 296 281 848 – E-mail: sracores@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Centro:** Av. Bissaya Barreto, 191, c/v – 3030-076 Coimbra – Tel.: 239 487 810 / Fax: 239 487 819 – E-mail: srcentro@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional da R. A. da Madeira:** R. 31 de Janeiro, 93 – 9050-011 Funchal – Tel.: 291 241 765 / Fax: 291 237 212 – E-mail: srmadeira@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Norte:** R. Latino Coelho, 352 – 4000-314 Porto – Tel.: 225 072 710 / Fax: 225 072 719 – E-mail: srnorte@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Sul:** Rua Castilho, 59, 8.º Esq. – 1250-068 Lisboa – Tel.: 213 815 550 / Fax: 213 815 559 – E-mail: srsul@ordemenfermeiros.pt

Ficha técnica

Propriedade:

Ordem dos Enfermeiros
– Av. Almirante Gago Coutinho, 75
1700-028 Lisboa
Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259
E-mail: mail@ordemenfermeiros.pt
www.ordemenfermeiros.pt

Director: Maria Augusta Sousa

Coordenador: António Manuel

Conselho editorial: Amílcar Carvalho, Élvio Jesus, Graça Machado, Jacinto Oliveira, Sérgio Gomes, Margarida Filipe, Nelson Guerra, Teresa Chambel, Teresa Oliveira Marçal

Colaboraram neste número:

Ana M.ª L. Mateus, Anabela Ambrósio, Ajuda Neves, Alexandre Mendes, Alice Silveira, Ana Paula Medeiros, António Freitas, Armando Pestana, Arnalda Simas, Catarina Gil, Clara Sales Correia, Conceição Nunes, Conceição Rosa, Emanuel Carvalho, Etelvina Tojal, Eugénia Moraes, Fernando Cardoso, Glória Toletti, Hélder Pereira, Hermínia Castro, Inês Araújo, Isabel Moacho, Isabel Soares, João Veiga, José Correia, Lisete Ribeiro, Lucília Nunes, Luís Nabais, Luísa Rosa, Luísa Sotto-Mayor, Manuel Oliveira, Mara Rocha, Merícia Bettencourt, Miguel Camacho, Nélia Veríssimo, Rubina Branco, Salomé Matos

Secretariado: Tânia Graça

Av. Almirante Gago Coutinho, 75 – 1700-028 Lisboa
Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259
E-mail: revista@ordemenfermeiros.pt
www.ordemenfermeiros.pt

ISSN: 1646-2629

Consultoria em Língua Portuguesa:

Letrário – www.letorario.pt

Design Gráfico: Pedro Gonçalves

Paginação, Pré-impressão,

Impressão e Distribuição:

DPI-G – Design Produção Gráfica e Imagem, Estrada de Benfica n.º 304 A, 1500-098 Lisboa

Periodicidade: Trimestral

Tiragem: 48 800 exemplares

Distribuição gratuita aos membros da Ordem dos Enfermeiros

Depósito legal n.º 153540/00

