



Ordem dos enfermeiros

Número 28 | Março 2008 | www.ordemenfermeiros.pt | ISSN 1646-2629

CNR E CONFERÊNCIAS DO ICN 2007 Lidando com o inesperado





ICN 2007



**YOKOHAMA
JAPÃO**





ARQUIVO OE

Cara(o) Colega

A participação de uma delegação da Ordem dos Enfermeiros (OE) nas Conferências e CNR do Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) foi um dos pontos altos de 2007.

Valeu a pena a decisão assumida pelos Conselhos Directivos (Nacional e Regionais) de constituir esta delegação, considerando o esforço (tempo e saber) que colocaram na preparação dos trabalhos aí apresentados os membros dos Órgãos Sociais que para tal foram indicados.

Foi com grande satisfação que pude assistir à participação activa de membros dos Órgãos Sociais aos mais variados níveis: em simpósios e sessões de comunicações livres, na moderação de diversas sessões e *workshop*, na apresentação de pósteres e na divulgação da Enfermagem portuguesa nas suas várias vertentes – desenvolvimento e regulação profissional, situação sóciolaboral e científica. Foi também visível o contributo dos colegas, no *stand*, nas cerimónias de abertura e encerramento, em momentos de beneficência ou em recepções com os representantes máximos do Japão e do ICN em que a Ordem e Portugal marcaram presença e se deram a conhecer ao mundo e à comunidade de Enfermagem aí presente. Além disso, há a acrescentar a presença constante – efectuada dentro das possibilidades que nos deixa um programa extremamente exaustivo de sessões – de membros da delegação da OE nas actividades organizadas pelo ICN. A todos agradeço o empenho e o interesse depositado de fazer notar a presença da OE em Yokohama.

Mas esta representação não poderia ter sido a mesma sem a colaboração dos membros da OE – enfermeiros portugueses que se juntaram à representação da OE – que conosco partilharam experiências e nos deram apoio na por vezes difícil tarefa de fazer destacar a Enfermagem portuguesa num meio em que encontramos enfermeiros de todo o mundo. A estes colegas quero aqui deixar uma palavra de

especial apreço. A Ordem dos Enfermeiros teve todo o gosto em poder contar com os vossos contributos, não só pelas apresentações dos trabalhos que prepararam, como pela vossa participação activa nas actividades que no dia-a-dia realizámos e avaliámos.

Dos três eventos que decorreram em Yokohama entre o final de Maio e o início de Junho de 2007 – salvaguardando, desde já, a indubitável importância que todos representam para a Enfermagem mundial – atrevo-me a destacar a Conferência do ICN denominada «Os enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado».

Vivemos cada vez mais momentos de incerteza a nível ambiental e climático, socioeconómico, laboral, epidemiológico etc... Sendo uma profissão de proximidade ao cidadão por excelência, a Enfermagem tem de se adaptar a uma cada vez maior complexidade de contextos e necessidades, bem como a uma maior imprevisibilidade das situações.

Independentemente da sua nacionalidade, crenças ou do local onde exercem a sua profissão, os enfermeiros devem desenvolver mecanismos que avaliem os riscos potenciais e por isso torna-se necessário estarmos cada vez mais preparados para actuar no caso de um desastre climático ou natural, o surgimento de uma pandemia, atentados terroristas, *crash* económicos e seus impactos na sociedade, nomeadamente na saúde das populações.

Não poderia, contudo, deixar de aqui realçar a importância do modelo de filiação da OE no ICN, o qual torna particular, mas de grande riqueza, a nossa participação no CNR (órgão de decisão do ICN). Este modelo de filiação consagra a representação de Portugal através da Bastonária e de dois membros do FNOPE – um em representação dos sindicatos (em 2007 foi o SEP) e um em representação das pelas associações profissionais (quem em 2007 coube à APE).

Construir a Comunidade Internacional de Enfermagem, onde o ICN assume particular relevância, só é possível com a efectiva participação de todos e com o respeito mútuo pelo estágio de desenvolvimento e contextos sociais, políticos, económicos e culturais das sociedades onde os enfermeiros são agentes de saúde para as populações que as constituem. Contudo, na era da globalização, a responsabilidade de também

a Enfermagem fazer crescer a sua voz é um imperativo estratégico que só participando se pode alcançar. Yokohama foi mais uma etapa, outras se seguirão.

Continuemos...

A sua Bastonária
Maria Augusta Sousa

Transmitir a experiência de Yokohama

A exemplo do que aconteceu com a participação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em Taipé, em 2005, a Revista da Ordem dos Enfermeiros foi considerada o veículo de eleição para divulgar a participação da OE nas Conferências do ICN em Yokohama, no ano passado.

Quisemos assim que todos os que não puderam participar naqueles eventos pudessem, através das páginas desta edição, ficar com informação suficiente para analisar a participação da delegação portuguesa, bem como muitos dos temas debatidos nas diversas sessões.

Pela sua dimensão, pertinência e abrangência das temáticas versadas, decidimos destacar a conferência principal do ICN, mas dedicámos igualmente algumas páginas da ROE 28 ao Conselho de Representantes Nacionais (CNR) e à 8.ª Conferência Internacional de Regulação.

Para que esta representação seja mais fácil e adequada à realidade vivida em Yokohama, optámos por apresentações organizadas cronologicamente. Devido a critérios de espaço, a maior parte das comunicações agora publicadas consistem em resumos das apresentações feitas no Japão. A coordenação editorial da ROE e do Gabinete de Relações Internacionais decidiu atribuir duas páginas a cada prelector, **contendo os textos os dados disponíveis à data dos acontecimentos. Salientamos ainda que os autores dos trabalhos encontram-se identifi-**

cados com os cargos que desempenhavam à época dos eventos.

Como tem vindo a ser hábito em edições anteriores, a revista inicia com a rubrica dedicada a entrevistas. Nesta edição apresentamos três, todas elas de leitura obrigatória. No final poderá ser consultado o balanço sobre a participação de enfermeiros portugueses no Japão e informações úteis sobre o Congresso do ICN em 2009, que irá ter lugar em Durban, África do Sul.

Não queremos deixar passar a oportunidade de agradecer a todas as instituições que apoiaram o *stand* da Ordem dos Enfermeiros em Yokohama, enviando materiais para exibir e distribuir durante os três dias de exposição.

Recebemos materiais de: Câmara Municipal de Coimbra, Câmara Municipal de Faro, Câmara Municipal de Sintra, Costa do Estoril/Sintra Convention Bureau, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Instituto do Turismo de Portugal, Lisboa Convention Bureau, Instituto Piaget de Viseu, Instituto Superior de Saúde do Alto Ave, Universidade de Aveiro.

A todos o nosso muito obrigado.

Enf.º António Manuel Silva
Coordenador do Gabinete de Relações
Internacionais

Sumário

N.º 28 | Março 2008



ARQUIVO OE

04 Entrevistas

- 04 Entrevista à Enf.ª Hiroko Minami, Presidente do *Internacional Council of Nurses*
- 05 Entrevista à Enf.ª Judith Oulton, Directora Executiva do ICN
- 08 Entrevista ao Enf.º Hugo Amaro, vencedor do 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros – Conferência do ICN

12 Lidar com a imprevisibilidade foi tema-chave – Enfermagem mundial reunida em Yokohama

22 Divulgação

- 22 Apresentações de 30 de Maio
- 42 Apresentações de 31 de Maio

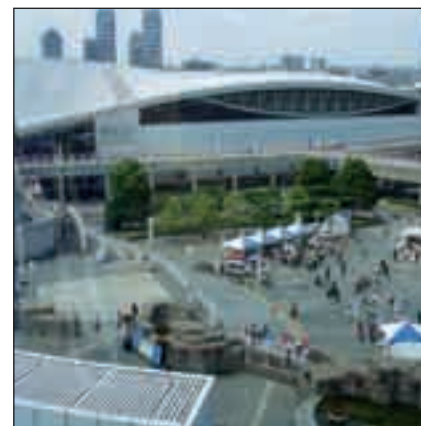


ARQUIVO OE

- 50 Apresentações de 1 de Junho
- 62 Exposição de pósteres de Yokohama
- 64 Conselho de Representantes Nacionais: debater os problemas da Enfermagem
- 68 8.ª Conferência Internacional de Regulação
- 68 Avaliação global – Participação de enfermeiros portugueses nas conferências do Conselho Internacional dos Enfermeiros em Yokohama
- 72 Congresso do ICN 2009 – Regulamento do Concurso de Comunicações Livres promovido pela Ordem dos Enfermeiros



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Entrevista à Enf.^a Hiroko Minami, Presidente do *Internacional Council of Nurses***«O importante é que haja uma formação de nível superior»**

Três dias de intenso debate e reflexão proporcionaram momentos únicos a todos aqueles que participaram na Conferência de Yokohama, intitulada «Enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado». A Ordem dos Enfermeiros aproveitou a ocasião para entrevistar a Enf.^a Hiroko Minami, Presidente do *Internacional Council of Nurses*.



ARQUIVO OE

Revista da Ordem dos Enfermeiros – Na sua opinião, qual foi o marco desta Conferência do ICN no que diz respeito ao desenvolvimento da profissão?

Enf.^a Hiroko Minami – Estive-ram muitos assuntos em debate, pelo que tenho alguma dificuldade em eleger um marco. Mas penso que um dos

pontos altos da conferência foi a confirmação de que, globalmente, a falta de enfermeiros está a tornar-se cada vez mais evidente. Este facto agrava-se especialmente quando assistimos a desastres naturais ou a surtos epidémicos etc. Como os enfermeiros são profissionais de primeira linha, necessitam de estar preparados para cuidar de pessoas em circunstâncias difíceis. Estou especialmente satisfeita com o facto de esta conferência ter dado origem a duas redes de trabalho: a *network* sobre resposta em desastres e a rede dos estudantes, pois eles serão os enfermeiros do futuro.

O futuro também reserva desafios em três vertentes em particular: melhoria do estatuto social da profissão, maior intervenção na comunidade e aquisição de formação adequada para que as intervenções sejam cada vez mais orientadas para as necessidades dos pacientes. Há ainda muito trabalho a fazer.

ROE – O que é que o ICN e as organizações nacionais de enfermeiros podem fazer para reduzir as diferenças entre os países, no que concerne à educação em Enfermagem e ao próprio exercício?

HM – Há um longo caminho a percorrer. O ICN tem idoneidade para elaborar *guidelines* sobre as competências do enfermeiro. E assim o fez, pelo que as associações nacionais podem trabalhar com base nestas orientações. Devido a vários motivos, em muitos países ainda não se conseguiu incluir a formação em Enfermagem no Ensino Superior. Mas a tendência é essa, e o ICN tem de reforçar continuamente essa tendência, sem impor um modelo de formação igual em todos os países. O importante é que haja uma formação de nível superior e que os enfermeiros sejam bem preparados.

As associações nacionais também podem trabalhar com base nas orientações e tomadas de posição que o ICN tem vindo a produzir. Usamos todos os tipos de canais possíveis, incluindo contactos com representantes governamentais, ONG, universidades etc. Assim sendo, os enfermeiros de cada país sabem como promover a sua profissão.

ROE – O que pensa sobre a participação portuguesa nesta Conferência?

HM – Sinto um grande apreço por Portugal, especialmente pelo caminho desenvolvido e pelo apoio dado no desenvolvimento de projectos em África. Quanto à conferência em si, foi com bastante agrado que verifiquei que os enfermeiros portugueses estão bastante envolvidos no debate de assuntos muito importantes para a profissão e que estão sempre prontos a levantar questões pertinentes. Muito obrigada e parabéns pela participação.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Entrevista à Enf.^a Judith Oulton, Directora Executiva do ICN

«Portugal é um excelente exemplo para outros países»

No âmbito dos encontros organizados pelo *International Council of Nurses* na cidade japonesa de Yokohama, em Maio de 2007, a Ordem dos Enfermeiros entrevistou a Enf.^a Judith Oulton. A conversa andou em torno dos projectos que o ICN está a desenvolver no terreno, com destaque para as iniciativas conjuntas que estão a ser aplicadas em Portugal. Quanto ao futuro da Enfermagem, a Enf.^a Judith Oulton está optimista, especialmente se os enfermeiros se mantiverem unidos e «trabalharem correctamente para proteger a Enfermagem como um todo».



ARQUIVO OE

Revista da Ordem dos Enfermeiros – Estando na fase final do seu mandato enquanto Directora Executiva do *International Council of Nurses* (ICN), que balanço faz do trabalho realizado e que perspectivas tem relativamente aos próximos meses?

Enf.^a Judith Oulton – Vão ser meses muito preenchidos.

Temos de preparar as reuniões que se realizarão em Genebra, em Maio de 2008. Nessa altura, estaremos a comemorar o 60.º aniversário da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o 60.º aniversário da parceria do ICN com a OMS, uma vez que o ICN foi a primeira Organização Não Governamental (ONG) a ser reconhecida e a ter estatuto oficial junto da OMS. Devido a esta efeméride, vamos fazer um estudo sobre o que foram estes 60 anos de Enfermagem no âmbito da OMS.

Quanto ao trabalho desenvolvido, posso claramente afirmar que o tempo que tenho passado no ICN tem passado muito depressa

e que tem sido maravilhoso, especialmente quando constato o que as associações nacionais de enfermeiros têm vindo a fazer. Como exemplo disto, temos a aplicação prática e muito estável entre os membros do ICN da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 1, o desenvolvimento em vários países do programa Liderança para a Mudança (LPM), para além de mais alguns projectos.

ROE – Que projectos são estes?

Enf.^a JO – Um deles traduz-se na constituição de Centros de Bem-estar em África. Juntamente com as associações de cada país, o ICN está a criar infra-estruturas que visam prestar cuidados aos profissionais de saúde locais e respectivas famílias, quer sejam enfermeiros ou não.

Se considerarmos a dificuldade de ter profissionais de saúde em África (devido às graves carências daqueles países em recursos humanos qualificados) e se aliarmos a este facto flagelos como o do VIH / Sida, da tuberculose e da migração, é fácil concluir que a situação é muito grave e que é necessário fazer algo para a alterar. No caso específico do VIH / Sida, os profissionais de saúde infectados lidam diariamente com este estigma. Por isso, decidimos criar estes Centros de Bem-estar onde os profissionais e as respectivas famílias podem procurar aconselhamento, protecção, tratamento e obter algumas informações sobre estilos de vida saudáveis e doenças relacionadas com os estilos de vida.

A razão de incluirmos os familiares dos profissionais no grupo de beneficiários foi simples: se alguém na família também está doente e não está a fazer tratamento – ou está a partilhar a toma de medicamentos com o profissional de saúde – a necessidade de tratar ambos os membros afectados é absoluta para que se consigam obter melhorias no estado de saúde e socio-económico daquela família. Trata-se, pois, de um projecto verdadeiramente único.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

ROE – Já está a ser aplicado em alguns países?

Enf.^a JO – Sim, na Suazilândia. O ICN tem estado a trabalhar com a associação nacional de enfermeiros da Suazilândia, que forneceu as instalações, e com três instituições – que estão a contribuir com o financiamento. Em breve vamos avançar para o Lesoto, e posteriormente, para outros países.

Gostaria de realçar também a excelente experiência que tem sido a Biblioteca Móvel (BM). Estamos muito entusiasmados com o facto de termos uma versão portuguesa da BM.

Do mesmo modo, espero que em 2009 tenhamos enfermeiros portugueses com formação em Liderança Para a Mudança que se possam transformar em educadores nesta área e que repliquem os seus conhecimentos junto de outros colegas. Nessa altura, Portugal poderia aplicar o programa Liderança para a Mudança em África, o que seria óptimo pois os enfermeiros dos países lusófonos precisam deste tipo de formação.

ROE – O que pensa sobre o modelo de colaboração que Portugal utilizou para a sua filiação como membro do ICN e do fórum de organizações profissionais (FNOPE) criado para esse fim?

Enf.^a JO – Portugal é um país inovador no âmbito do ICN em muitos aspectos e isso manifesta-se através da liderança em projectos como a BM e o LPM, como já referi. Uma vez mais afirmo que o modelo escolhido e a forma como decorreu todo o processo foram inovadores. Portugal é um excelente exemplo para outros países, uma vez que conseguiu obter consenso e uma solução de compromisso que inclui um vasto número de associação representativas dos enfermeiros portugueses.

ROE – Conhecendo a Enfermagem mundial como conhece, em seu entender quais são os eixos / assuntos que no futuro poderão apoiar o desenvolvimento da autonomia no exercício e que possam servir de base para a intervenção junto dos decisores políticos?

Enf.^a JO – A primeira coisa que temos de fazer em muitos países é enfrentar a questão da diminuição ou carência de recursos humanos. Estou a falar, nomeadamente, de tentar perceber



ARQUIVO OE

porque é que determinado país está a viver aquela situação. De saber porque é que determinadas unidades de saúde não conseguem cativar e manter profissionais de saúde. Sabendo as causas, podemos melhorar as condições de trabalho, criar ambientes de trabalho positivos e ajudar os enfermeiros a sentir que podem influenciar as políticas de saúde, que podem negociar questões que dizem respeito ao exercício da Enfermagem. A intervenção dos enfermeiros é fundamental, tanto mais que a informação que serve de base à tomada de decisão política baseia-se essencialmente em dados referentes ao exercício da Medicina.

ROE – De que forma é que o ICN pode melhorar a sua intervenção junto do poder político?

Enf.^a JO – Temos várias hipóteses. A propósito da necessidade de criar ambientes favoráveis à prática, estamos a desenvolver uma campanha intersectorial que, ao longo de um ano, vai envolver organizações representativas de profissionais de saúde, a *Global Health Workforce Alliance*, a OMS e a Organização Internacional do Trabalho, entre outros. Esperamos que todos os países e todos os enfermeiros se envolvam nesta campanha.

Outro dos aspectos que o ICN está a trabalhar diz respeito à redução do fosso entre a prática e a formação em Enfermagem, considerando sempre a segurança do doente. O ICN desenvolveu

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

um conjunto de instrumentos que pode ajudar as associações profissionais a, também elas, tentarem, junto dos decisores políticos de cada país, chamar a atenção dos mesmos para as questões de Enfermagem e participar no processo de toda de decisão política. A intervenção do ICN abrange três áreas: regulação, exercício e bem-estar socioeconómico, e continuamos empenhados em trabalhar com a União Europeia e outras instituições para melhorar a visibilidade da Enfermagem, melhorar as condições de exercício e garantir a segurança de cuidados para o cidadão.

ROE – Como é que perspectiva a Enfermagem daqui a 10 ou 15 anos?

Enf.^a JO – Penso que, globalmente, a minha visão é positiva: estamos a melhorar a formação, há uma maior harmonização dos modelos formativos e, por isso, penso que, no futuro, os enfermeiros de todo o mundo terão excelentes níveis de competências. Assim sendo, dispondo de enfermeiros com melhor formação e maiores competências (ou capacidades), temos

certamente de «abraçar» um conjunto de novos desafios, cada vez mais centrados nas necessidades das pessoas e progressivamente mais inovadores. Acredito também que, gradualmente, os enfermeiros verão a sua capacidade de liderança acrescida.

As associações nacionais têm aqui um importante trabalho a desempenhar porque em muitos países há algumas oportunidades de desenvolvimento que estão a ser «limitadas» pelos empregadores / prestadores de saúde. É fundamental que avancemos juntos e que os enfermeiros fiquem unidos porque, se isso não acontecer, daqui a 10 anos é bem possível que o «retrato» seja negativo. Se os enfermeiros não se juntarem e trabalharem em conjunto em prol dos princípios nobres da Enfermagem, é bem possível que haja um maior número de outros profissionais de saúde a fazer o que tradicionalmente os enfermeiros fazem. E para isso é preciso trabalhar correctamente para proteger a Enfermagem como um todo e criar um tipo de relação com os trabalhadores auxiliares que transmita a ideia da Enfermagem enquanto coordenadora do seu trabalho. Penso que é possível concretizar mais este desafio.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Entrevista ao Enf.º Hugo Amaro, vencedor do 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros – Conferência do ICN

«Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais e melhor investigam em Portugal»

O Enf.º Hugo Amaro venceu o Concurso Nacional de Comunicações Livres organizado pela Ordem dos Enfermeiros, tendo a sua comunicação sido apresentada, com o apoio da OE, na Conferência do ICN, em Yokohama (Japão), a 1 de Junho de 2007. *Comunicação assertiva: uma estratégia para ajudar os enfermeiros a lidar com os conflitos interpessoais* foi o tema do trabalho e o "ponto de partida" para uma agradável conversa.

Revista da Ordem dos Enfermeiros – Como é que surgiu o interesse pelo estudo da comunicação assertiva?

Enf.º Hugo Amaro – O interesse surgiu da constatação, no terreno, da existência de um certo mal-estar, uma certa insatisfação no seio das equipas multidisciplinares de saúde, facto que também constava de alguns estudos que foram sendo divulgados. Por exemplo, Jesus, em 2004, publicou um estudo muito pertinente no qual 100% dos inquiridos referem o mal-estar no seio da equipa como a sua principal causa de *stress*.

Tendo por base estas duas componentes, decidi avançar com um estudo baseado nas relações interpessoais que se estabelecem quer entre os diversos profissionais, quer entre os próprios enfermeiros. No fundo, tentei perceber o que se estava a passar, quais as principais razões para o tal mal-estar e procurei definir algumas estratégias no sentido de minorar este sentimento.

Foi assim que surgiu o interesse pela comunicação assertiva, uma vez que nos Estados Unidos – país onde esta temática tem sido largamente desenvolvida – as investigações defendem que o es-



tudo da comunicação assertiva e o desenvolvimento de alguns programas baseados em comunicação assertiva e prevenção de *stress* junto de profissionais de saúde obtiveram alguns resultados extremamente positivos. Não se reduziu o conflito, porque também não era isso que se pretendia. Mas conseguiu-se melhorar a gestão do conflito, extraindo os aspectos positivos e impedindo que as pessoas entrassem em *stress* e, eventualmente, desenvolvessem uma síndrome patológica mais grave, o *burnout*.

ROE – Mas este estudo foi propositadamente desenvolvido para ser proposto à comissão científica da Conferência de Yokohama?

Enf.º HA – Não, este estudo surgiu no âmbito da tese de mestrado que realizei em Psicologia. A tese foi orientada pelo Professor Doutor Saul Neves de Jesus, que é uma entidade em *stress*.

O Enf.º Hugo Amaro exerce actividade no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e integra a Unidade de Investigação em Psicologia da Universidade do Algarve, é docente convidado do Instituto Piaget de Silves e doutorando em Psicologia da Saúde pela UAL.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

ROE – Uma das conclusões do estudo advoga a adopção, nomeadamente pelas instituições de saúde, de programas de comunicação assertiva. O estudo tem sido divulgado junto dessas entidades? O que está a pensar fazer para que esta conclusão possa ser aplicada no terreno?

Enf.º HA – Essa foi uma conclusão importante e que tenho tentado divulgar através da publicação de artigos científicos. Além disto, no Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) deste ano, fui convidado pela Direcção do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), onde exerço actividade, a apresentar a comunicação que foi feita em Yokohama. Essa questão foi igualmente levantada e interrogou-se o que é que aquela unidade hospitalar poderia fazer relativamente à comunicação assertiva e à gestão do *stress*.

O problema, em Portugal, é que os investigadores na área da Enfermagem até produzem estudos científicos de qualidade, mas depois não os publicam, quer se tratem de monografias de licenciatura, teses de mestrado ou outros trabalhos. Não há dúvida de que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais e melhor investigam em Portugal. Contudo, falhamos na segunda parte do trajecto, que é passá-lo para a prática, no que diz respeito à divulgação.

ROE – Mas tem estado a trabalhar de algum modo na implementação de um programa de comunicação assertiva?

Enf.º HA – Na apresentação que fiz no âmbito das comemorações do DIE, defendi a elaboração de um modelo de gestão de *stress*, sobre o qual tenho vindo a trabalhar, de uma forma mais pertinente, na minha tese de doutoramento. Pretendo colocá-lo em prática junto de alguns profissionais de saúde. As entidades questionadas no âmbito deste estudo responderam que seria necessário adaptar algumas variáveis, estabelecer uma equipa de trabalho no sentido de colocar as referidas variáveis em prática e aplicá-las no terreno.

De resto, a única iniciativa de que tenho conhecimento consiste na realização de acções de formação em comportamentos assertivos que o CHBA tem vindo a desenvolver com alguma regularidade.

ROE – As acções de formação destinam-se apenas a enfermeiros?

Enf.º HA – Não, abrangem os restantes profissionais de saúde. Temos sempre de encarar este tema como multidisciplinar. Não faz sentido actuarmos somente junto de enfermeiros, sem que se intervenha junto dos restantes elementos da equipa. Trata-se de uma formação que está em curso, mas que é facultativa, ou seja, não é obrigatória para todos os profissionais de saúde do hospital, até porque, tal como eu defendo, um comportamento assertivo é apenas uma estratégia de gestão do *stress*. Existem outras como a gestão do tempo, a ocupação de tempos livres, as acções de suporte social etc. O comportamento assertivo é importante, mas inserido num modelo estratégico muito mais amplo de gestão do *stress*.

ROE – Que tipo de recursos implicaria um modelo de gestão de *stress*?

Enf.º HA – Nos Estados Unidos, por exemplo, esses modelos passam por coisas muito simples como uma acção de formação com cerca de 15 a 20 horas que envolve comportamentos, atitudes e conhecimentos que ajudam as pessoas a trabalharem diariamente sob um *stress* positivo. Estes modelos têm tido alguma aceitação e resultados positivos nos Estados Unidos. Tal como acima referi, as estratégias de gestão do *stress* também podem incluir algumas medidas de suporte social para os profissionais de saúde, que passam muitas vezes pela existência de creches nas instituições de saúde onde os pais das crianças trabalham. Existem igualmente alguns casos em que as instituições de saúde possuem ginásios nas suas instalações e o profissional de saúde tem horas designadas semanalmente no seu horário de trabalho para frequentar o ginásio. Aí, todos os exercícios estão orientados para a gestão física de sintomatologia negativa. Por último, também seria importante que as profissões propensas a exaustão emocional pudessem usufruir de apoio psicológico providenciado por profissionais especializados nessa área. Mas há medidas que podem ser implementadas sem que haja necessidade de despende muito dinheiro. No CHBA, existem espaços físicos e recursos materiais que poderiam ser rentabili-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

zados de forma mais útil e eficaz. Há espaços «mortos» que poderiam ser convertidos em espaços de apoio aos próprios profissionais da instituição. Bastava mudar as mentalidades.

ROE – Acredita que o Governo, Ministério da Saúde e as próprias instituições de estão disponíveis para encetar intervenções deste tipo?

Enf.º HA – A ideia é ir progressivamente implementando estas e outras medidas até termos modelos o mais complexo possíveis, pois foi assim que tudo começou nos Estados Unidos.

Estamos a falar de um problema com impacto importante nos profissionais e instituições de saúde e, por inerência, nos cuidados prestados aos utentes. De acordo com o INFARMED, os portugueses são os maiores consumidores de antidepressivos na União Europeia e estudos indicam que cerca de 30% dos profissionais de saúde praticam automedicação. E se valorizarmos as percentagens que têm sido avançadas pelo Conselho Europeu de Estudo do Stress, os governos gastam milhões de euros anualmente em baixas médicas, medicação, absentismo laboral, com tudo isto a ter implicações na prestação de cuidados e no estado geral da saúde do País. A Organização Mundial de Saúde refere que só nos Estados Unidos os custos da saúde devido a problemas relativos ao stress estão estimados em 150 biliões de dólares anuais.

Se se quiser reverter esta tendência, temos de consciencializar os administradores e decisores políticos de que inicialmente o investimento é grande, mas que no final vamos conseguir melhorar o desempenho dos trabalhadores, prevenir o mal-estar e o stress e conseguir reduzir o absentismo e o consumo de medicação. Atenção que estamos a falar de profissionais que lidam com pessoas: como é que um indivíduo que não está bem com ele próprio vai cuidar de pessoas, muitas vezes em situações de morte ou stress?

ROE – E da parte dos profissionais de saúde, crê que existe receptividade para participar em programas de gestão do stress?

Enf.º HA – Nem sempre é fácil, pois há alguns profissionais que se manifestam bastante resistentes a este tipo de programas.

Mas o trabalho de consciencialização para a importância destes modelos também passa pelos profissionais de saúde, mentalizando todos os elementos da equipa para o objectivo comum, que é a minimização do mal-estar existente.

ROE – Em Portugal foi recentemente criada a figura de *Chief Nursing Officer*, ou seja, de um «Director-geral de Enfermagem», cargo desempenhado pelo Enf.º Sérgio Gomes. Pensa que, a partir de agora, será mais fácil defender modelos estratégicos de gestão de stress?

Enf.º HA – Penso que com um *Chief Nursing Officer* os enfermeiros podem dispor de uma «via» mais directa para os decisores políticos. Contudo, penso também que seria importante apostarmos nos Cuidados de Saúde Primários. É aí que se deve fazer a prevenção primária do stress, da sintomatologia de exaustão profissional. Se conseguirmos actuar junto dos utentes e das entidades responsáveis, conseguiríamos poupar milhões em prevenção secundária (e até terciária). Até agora, as instituições têm estado mais vocacionadas para investir noutras áreas (como o suporte básico e avançado de vida) que a curto prazo têm resultados directos.

ROE – Além da sensibilização dos decisores políticos e dos recursos materiais, também vai ser necessário ter uma equipa a «replacar» os modelos pelas diversas unidades de saúde...

Enf.º HA – Sim, penso que vão ser necessários grupos de trabalho compostos por pessoas que se interessem pela problemática e que estejam dispostos a implementar um grupo de trabalho positivo que poderá, inclusivamente, intervir junto da comunidade científica. Este grupo de trabalho terá de reunir conhecimentos teórico-práticos nesta área e sugerir um conjunto de estratégias para minimizar a sintomatologia de stress.

ROE – Após a conclusão do estudo sobre comunicação assertiva ficou com o «bichinho» da investigação? Tem algum trabalho em curso?

Enf. HA – Sim, neste momento estou a desenvolver uma tese de doutoramento junto de profissionais de saúde de Emergência

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Médica Pré-hospitalar. No âmbito desta tese, vou também analisar os resultados da aplicação de modelos de gestão de *stress*. Estou, igualmente, a finalizar a minha especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

ROE – No seu entender, o que se poderia fazer para incentivar a investigação em Enfermagem e apoiar a divulgação dos resultados?

Enf.º HA – O grau académico de licenciatura em Enfermagem abriu uma série de portas a que os profissionais não tinham acesso através do bacharelato, nomeadamente no que diz respeito à investigação. E isso é fácil de verificar. Basta comparar o número de trabalhos que foram feitos durante a fase de bacharelato e os que se têm feitos desde que o ensino da Enfermagem passou a ter por base uma licenciatura. Isto já para não falar no número de enfermeiros que frequentam mestrados, no número de trabalhos publicados em revistas e no próprio número de revistas científicas que existem actualmente.

Além da realização pessoal que quem gosta de investigação retira dos projectos em que se envolve, há ainda que considerar a necessidade que os enfermeiros sentem em adquirir cada vez mais conhecimentos teóricos e baseados em conteúdos científicos.

A investigação científica é um reduto fundamental para uma Enfermagem que cada vez mais se quer afirmar enquanto ciência. E neste aspecto, as escolas têm tido um importante papel de sensibilização dos estudantes para a importância da investigação. É necessário continuar a passar a mensagem de que investigar é preciso.

Por outro lado, há que combater a ideia de fazer a investigação e «metê-la na gaveta». Não é isso que se pretende, essencialmente quando sabemos que cada vez mais os trabalhos científicos suportam o desenvolvimento da actividade profissional. A Internet, por exemplo, assume-se como um suporte de divulgação que os investigadores portugueses ainda não exploraram convenientemente.

«Yokohama foi uma experiência única»

ROE – Como é que reagiu à notícia de que iria a Yokohama apresentar a sua comunicação livre, com viagem e estadia oferecida pela Ordem dos Enfermeiros?

Enf.º HA – Na altura em que me informaram de que tinha ganho o 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres tinha já andado a tentar recolher apoios para a viagem, uma vez que a comunicação já tinha sido aceite pelo ICN. Por isso, foi com bastante agrado e entusiasmo que recebi a notícia. Por momentos, não conseguia acreditar que o envio de um *e-mail* para um concurso divulgado na revista da Ordem pudesse ter tido aquele resultado.

Para mim, a obtenção deste prémio foi o reconhecimento do trabalho que fiz, funcionando igualmente como motivação para o trabalho que estou a desenvolver. A lição a reter de tudo isto é que vale a pena produzir conhecimento científico, vale a pena participar em congressos e divulgar os nossos achados. E quando

somos reconhecidos, conseguimos daí tirar energia para novos projectos.

ROE – Como caracteriza a sua participação na Conferência de Yokohama, quer em termos profissionais, quer em termos pessoais?

Enf.º HA – Yokohama foi uma experiência única. A nível pessoal, permitiu conhecer outros colegas e encetar colaborações futuras na área da investigação. A nível profissional, tive a oportunidade de dar a conhecer os resultados do meu trabalho científico, o que foi extremamente positivo. Foi com bastante agrado que verifiquei que o tema da minha comunicação ia ao encontro do teor de outras apresentações oriundas de várias zonas do Globo e que a gestão do *stress* e a promoção de comportamentos assertivos são temas cada vez mais abordados em Enfermagem.

Depois, poder constatar pessoalmente o trabalho desenvolvido pela Ordem e poder participar nas actividades da OE no Japão resultou numa experiência extremamente enriquecedora.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Lidar com a imprevisibilidade foi tema-chave**Enfermagem mundial reunida em Yokohama**

Foram longos os dias, mas valeu a pena. Entre as comunicações a que se assistiu e as que contaram com intervenções directas de enfermeiros portugueses, o balanço foi muito positivo. O *Pacifico Convention Complex* de Yokohama foi, entre 27 de Maio e 3 de Junho, a montra da Enfermagem mundial, com a organização das conferências do ICN de 2007. E Portugal esteve representado.

A 24 de Maio de 2007 a delegação oficial da Ordem dos Enfermeiros partiu para o Japão, com o intuito de participar e representar Portugal no Conselho de Representantes Nacionais (CNR) e nas Conferências do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), iniciativas que decorreram em Yokohama entre 27 de Maio e 3 de Junho.

No CNR – que funciona como Assembleia-geral do ICN – participaram, entre os dias 27 e 29 de Maio, em representação do FNOPE (Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem), a Enf.^a Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (OE), a Enf.^a Marília Viterbo de Freitas, Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros (APE), e a Enf.^a Guadalupe Simões, Vice-presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP).

A delegação oficial presente no Japão – composta por 18 membros – representou os órgãos nacionais e regionais da OE, bem como o FNOPE. Depois de uma longa viagem que terminou a 25 de Maio, a delegação efectuou a primeira reunião de trabalho em solo japonês, a qual pôde contar com a presença dos restantes 25 elementos que integraram a comitiva nacional.

No total, as comunicações asseguradas por enfermeiros portugueses nas Conferência do ICN – ou seja, no encontro dedicado ao lema «Os enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado» e na Conferência de Regulação – foram 33. Destas, três fizeram parte de sessões principais – incluindo a apresentação proferida pela Enf.^a Maria Augusta Sousa sobre «Violência no local de trabalho». As restantes comunicações assumiram o formato de dois



ARQUIVO OE

simpósios, 13 comunicações orais e 15 pósteres. Paralelamente, numa tentativa de dar a conhecer a realidade da Enfermagem portuguesa e proporcionar o contacto entre os profissionais portugueses e os colegas estrangeiros, a Ordem dos Enfermeiros marcou presença no parque de exposições da Conferência do ICN – «Os enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado». O *stand*, que esteve a cargo da Enf.^a Paula Franco, foi visitado por várias centenas de visitantes entre 30 de Maio e 1 de Junho.

Conferência «Os enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado»**29 de Maio: Cerimónia de Abertura com participação activa dos portugueses**

O final da tarde de 29 de Maio foi o momento escolhido pelo ICN para o início oficial da sua Conferência, tida como o encontro magno da Enfermagem mundial. Cerca de 3 mil enfermeiros encheram o *National Convention Hall do Pacifico Convention Complex*, em Yokohama, e entre eles houve um grupo que se fez notar: a comitiva portuguesa. A par com as representações das Tailândia e da África do Sul, os enfermeiros portugueses anima-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7



ARQUIVO OE

ram o compasso de espera até ao início da sessão de abertura, empunhando uma faixa com a imagem institucional da OE no Japão e várias bandeirinhas de Portugal.

Tal como aconteceu há dois anos em Taipé, as três representantes do FNOPE – Enf.^a Maria Augusta Sousa, Enf.^a Guadalupe Simões e a Enf.^a Marília Viterbo Freitas – participaram na Parada das Nações, envergando trajes típicos do Minho e do Alentejo. Na plateia, a comitiva de Portugal fez-se notar, envergando as cores representativas da Ordem dos Enfermeiros: azul e amarelo.

No discurso de abertura, a Enf.^a Hiroko Minami, Presidente do ICN, começou por afirmar que estava orgulhosa do facto de aquela Conferência estar a realizar-se no seu país e elogiou os esforços desenvolvidos pela Associação Japonesa de Enfermeiros (JNA), entidade anfitriã do evento. «A JNA trabalhou muito para fazer desta uma situação memorável para todos nós», referiu com grande convicção.

Mas a Presidente do ICN foi mais longe nas palavras que dirigiu à plateia e defendeu que o exercício da Enfermagem implica equilíbrio e harmonia entre o conhecimento e a emoção, entre a teoria e a prática, da mesma maneira que o maestro consegue conduzir harmoniosamente uma orquestra, exemplificou.

Recordando o lema da conferência deste ano, «Enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado», a responsável máxima do ICN afirmou que, de uma forma ou de outra, todos os enfermeiros estão sujeitos à incerteza nos sistemas de saúde. Há, pois, que estar preparado para lidar com situações inesperadas, sa-

bendo que os conhecimentos e competências adquiridas pelos enfermeiros devem adequar-se às necessidades de cuidados do doente, defendeu a Enf.^a Hiroko Minami.

Em seu entender, para que se obtenham os resultados desejados é fundamental que os ambientes de cuidados sejam favoráveis à prática. «Acredito que um melhor ambiente de cuidados é garantia de segurança para o paciente, mas também para o profissional».

Daí que ambientes de trabalho que consigam cativar e manter enfermeiros devem servir de modelo a seguir. «Os cidadãos têm direito aos mais elevados níveis de cuidados de saúde», o que deve conduzir «a uma forma de trabalho adequada e preparada».

A Enf.^a Hiroko Minami agradeceu a presença de todos os participantes na cerimónia de abertura, dirigindo palavras de especial apreço à Princesa Muna al-Hussein, mãe do Rei Abdullah II da Jordânia, pelo apoio que a mesma tem dado à Enfermagem.

A Presidente do ICN aproveitou a ocasião para anunciar a criação de uma rede / grupo de trabalho composto por estudantes de Enfermagem. De acordo com aquela responsável, esta rede passará a reunir nos encontros organizados pelo ICN.

A cerimónia de abertura da Conferência do ICN contou ainda com a presença da Enf.^a Judith Oulton, Directora Executiva do ICN, que apresentou os representantes dos países na Parada das Nações.

Na sessão também tiveram uso da palavra o representante do Ministro japonês da Saúde, Trabalho e Segurança Social, bem como o representante do Ministro japonês da Educação, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia. A Enf.^a Setsuko Hisatsune, Presi-



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

dente da Associação Japonesa de Enfermeiros (JNA), o Dr. Otmar Kloiber, da Associação Médica Mundial (WMA) e o Dr. Hiroshi Nakada, Presidente da Câmara Municipal de Yokohama, também dirigiram algumas palavras de reconhecimento e estímulos a todos os conferencistas.

Durante a cerimónia foi entregue, pela primeira vez, o *prémio Partners in Development*, que no seu ano de estreia decidiu discriminar positivamente a Merck & Co., Inc.

De acordo com a Enf.^a Hiroko Minami, esta distinção reconhece o facto de a empresa ter incorporado e praticado os princípios de «responsabilidade social, de estar a contribuir para a conquista dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e de ter assumido um compromisso sustentado que apoia e fortalece a Enfermagem na prestação de cuidados de qualidade». Recorde-se que a Merck & Co., Inc. tem colaborado com o ICN no projecto Biblioteca Móvel.

Por último, o programa cultural esteve a cargo do Grupo Ono Gagaku, com uma elucidativa demonstração do folclore japonês.

30 de Maio: lidar com o inesperado

O segundo dia de trabalhos na Conferência do ICN começou bem cedo, com uma sessão plenária no *National Convention Hall*. A Enf.^a Daisy Mafubelo, Directora-geral Adjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Família e Saúde Comunitária, foi a prelectora convidada, tendo feito incidir a sua comunicação num dos aspectos que compuseram o lema da Conferência: «Lidando com o inesperado».

A responsável da OMS falou sobre a importância de saber lidar com o imprevisto e elencou uma série de acontecimentos recentes que colocaram à prova os conhecimentos e capacidade de reacção / adaptação de enfermeiros de várias zonas do Globo. Estando na primeira linha, «os enfermeiros são os profissionais que melhor se têm adaptado» aos efeitos nefastos de catástrofes como foi o caso do furacão Katrina ou do *tsunami* de Dezembro de 2004, salientou.

Na opinião daquela especialista, cada país deve desenvolver *guidelines* sobre os procedimentos a aplicar em caso de catástrofe e construir orientações nacionais e regionais sobre a capacidade de reforçar o papel e os contributos dos enfermeiros na



ARQUIVO DE

definição de medidas a adoptar em situações de catástrofes e outras. Para a Enf.^a Daisy Mafubelo, é igualmente importante que os *curricula* pré e pós-graduados incorporem as questões relacionadas com a capacidade de resposta e recuperação face a situações de emergência e desastres.

Abordando uma das questões mais prementes da actualidade – a escassez de enfermeiros – a Directora-geral Adjunta da OMS lembrou que em África o rácio é de 1.9 enfermeiros por 1000 habitantes. Estima-se que em todo o mundo existam cerca de 3,5 milhões de profissionais de saúde em falta, adiantou a responsável. A isto acresce a emigração de profissionais oriundos de países em desenvolvimento para países desenvolvidos. No Zimbabué, por exemplo, 34% dos enfermeiros emigraram. O vírus da Sida em África é outro dos elementos que vem agravar ainda mais a escassez de profissionais. No Botsuana, por exemplo entre 1999 e 2005 «17% dos profissionais de saúde morreram devido ao VIH».

A Enf.^a Daisy Mafubelo recordou ainda que os enfermeiros são muitas vezes deixados de lado aquando do «planeamento das respostas em situações de emergência, vigilância e preparação» de programas. Isso acontece porque «nem sempre recebem a formação e apoio adequados para se assumirem como partes integrantes da equipa de emergência». Ora, há que inverter esta situação e influenciar as entidades competentes sobre a necessidade de envolver enfermeiros nos mais «elevados níveis da tomada de decisão».

Depois, há ainda que ponderar outra questão de que não é de somenos importância. «Quem é que cuida dos cuidadores, dos profissionais de saúde?». Stress e *burnout* são palavras cada vez

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

mais presentes no vocabulário de todos nós, e se não se prevenir e tratar estes distúrbios na população em geral, mas também nos profissionais de saúde, assistir-se-á a dificuldades acrescidas na prestação de cuidados às populações.

Outra das sessões do dia incidiu sobre o risco pandémico da gripe das aves e da SARS. Um dos prelectores, o Dr. Andreas Reis, perito da OMS falou sobre as obrigações éticas dos e para com os profissionais de saúde em situações de pandemia.

Segundo o prelector, os enfermeiros (e outros profissionais de saúde) têm obrigações morais para com os pacientes. Todavia, é preciso não esquecer que há limites e que os mesmos profissionais também «têm o dever de cuidar de si próprios e da sua família». E que governos e empregadores têm a obrigação de minimizar os riscos para os trabalhadores através, por exemplo, de sistemas de controlo de infecção.

Por sua vez, o Dr. Paul Gully, também da OMS, recordou que «a probabilidade de pandemia continua viável devido à hipótese do vírus adquirir a capacidade de se transmitir entre humanos». Segundo aquele especialista, até 14 de Maio de 2007 tinham sido confirmados junto da OMS 305 casos de H5N1 em pessoas oriundas de 12 países. Deste total, 185 resultaram em mortes.

Considerando o risco de epidemia, o Dr. Paul Gully lembrou que a OMS tem recomendado a elaboração de planos nacionais. «O grande desafio é torná-los operacionais». Daí que esta instituição esteja a dar ênfase à preparação antecipada das respostas, «à implementação de regulamentos internos de saúde, à capacidade de reforçar a vigilância e resposta laboratorial» e à «mobilização social».

Há que «reduzir as disparidades entre países (no acesso a vacinas, por exemplo), fazer o planeamento a nível comunitário (saber orientar as famílias etc.) e elaborar mais planos nacionais operacionais».

A Enf.^a Jintana Yunibhand, da Universidade de Chulalongkorn, na Tailândia, deu a conhecer a experiência tailandesa, onde, devido ao desenvolvimento de uma estratégia nacional para o controlo da gripe e de resposta em caso de pandemia, «não se tem assistido à propagação da gripe nos últimos dois anos».

Logo de seguida, no *National Convention Hall* de Yokohama falou-



ARQUIVO DE

-se das situações de desastre e de ambientes livres de culpa. Na primeira sessão, defendeu-se que lidar com catástrofes deveria constituir um ramo especializado da Enfermagem.

Na outra sessão, o consenso foi algo difícil de atingir, dado o cariz do tema abordado: dois dos prelectores defenderam a instituição de um ambiente livre de culpa e outros dois prelectores defenderam o contrário.

No mesmo dia, o *Main Hall* do Centro de Congressos de Yokohama recebeu a Enf.^a Judith Oulton, Directora Executiva do ICN, para uma apresentação que deu a conhecer os programas e as actividades desenvolvidas por aquela instituição. Os princípios de harmonização na formação de enfermeiros e a referência ao projecto Biblioteca Móvel em Português foram algumas das temáticas abordadas.

O mesmo espaço foi ainda palco da primeira reunião da Rede de Estudantes. Nesta sessão tentou-se perceber o porquê do abandono precoce dos cursos e da própria actividade profissional. E sublinhou-se que estudos recentes revelam que é necessário um ano para que um jovem enfermeiro tenha a mesma produtividade de um colega com maior experiência.

Falou-se igualmente em programas de educação para profissionais de saúde em que a formação é conjunta de acordo com casos clínicos. O objectivo consiste em desenvolver uma área de colaboração centrada no cliente com contributos das diferentes perspectivas.

Por último, abordou-se a recente constituição da Rede de Estudantes, a qual pode ser integrada por todos os estudantes de Enfermagem que estejam interessados em participar no debate.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7



ARQUIVO OE

Por sua vez, ao final da tarde, o Enf.º Rogério Gonçalves moderou uma sessão onde os temas em destaque foram comportamentos preventivos da osteoporose nos homens, o auto-cuidado numa comunidade feminina e a gestão da dor.

Ao todo, foram contabilizadas 13 intervenções protagonizadas por enfermeiros portugueses no dia 30 de Maio, as quais variaram entre a moderação de sessões, a participação enquanto prelectores e a discussão de pósteres.

Percepção dos enfermeiros face aos cuidados de saúde e à profissão

Ao final do dia, a Enf.ª Hiroko Minami e a Enf.ª Judith Oulton, Presidente e Directora Executiva do ICN respectivamente, participaram numa conferência de imprensa que apresentou os resultados de um estudo que procurou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de saúde e a sua profissão.

De acordo com os resultados divulgados pela *Consensus Research Group*, empresa que efectuou o estudo junto de uma amostra aleatória de 1000 enfermeiros oriundos de 10 países, uma percentagem considerável de entrevistados (34%) afirmou que dentro de 10 anos vai estar mais satisfeita com a sua profissão. Esta opinião foi mais vincada entre os enfermeiros asiáticos, sendo que o valor mais elevado foi obtido pelos enfermeiros chineses (64%) e o mais baixo pelos profissionais alemães (4%).

O estudo apresentado por Bob Perkins, da *Consensus Research Group*, veio confirmar que os motivos de insatisfação dos enfermeiros estão relacionados com a sobrecarga de trabalho, horários muito extensos, sistemas de compensações insatisfatórios e condições de trabalho inadequadas.

Os inquiridos também foram muito críticos relativamente à actuação das organizações de enfermeiros, considerando que as mesmas têm de se esforçar mais (em termos de representatividade e de *lobbying*) para assegurar a participação dos enfermeiros no desenvolvimento de políticas de saúde. De acordo com o estudo, 44% dos participantes manifestaram-se insatisfeitos com a actual influência das organizações junto do poder político.

Instada a comentar os motivos que estiveram na base da realização deste estudo, a Enf.ª Judith Oulton explicou que habitualmente a realidade que se conhece é a dos membros do ICN.

O recém-criado Centro Internacional de Recursos Humanos de Enfermagem e o Programa Liderança para a Mudança também estiveram em destaque no *Main Hall*. Em ambos os casos, o ICN procedeu à divulgação destes seus projectos. O primeiro está relacionado com o planeamento, gestão e desenvolvimento dos recursos humanos de Enfermagem de diversos países. O segundo visa preparar enfermeiros para a liderança e gestão da mudança.

De salientar, igualmente, a sessão dedicada à Rede de Regulação. Nela, o Enf.º David Benton explicou que o ICN está a tentar desenvolver normas internacionais e a identificar a realidade mundial relativamente a países sem reguladores de Enfermagem, com reguladores e a Estados em que a regulação está a cargo do Governo.

Em 2020 – dentro de 13 anos, portanto, o ICN quer ter princípios de regulação consolidados a nível mundial.

A estreia dos enfermeiros portugueses

A participação portuguesa neste segundo dia de trabalhos começou e terminou da mesma forma, com a moderação de sessões. Ao início da manhã, o Enf.º Júlio Gomes moderou a apresentação de um conjunto de comunicações livres relacionadas com abusos físicos durante a gravidez, melhoria da qualidade na Educação de Enfermagem, programas de *yoga* para idosos e preparação para o fim de vida.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7



ARQUIVO OE

«Com este estudo tivemos oportunidade de olhar para a informação que chega de fora». A mesma responsável lembrou que o ICN desenvolveu um *Kit* que visa explicar como é que se pode influenciar políticas de saúde.

Recorde-se que o estudo teve por base entrevistas telefónicas efectuadas junto de 1000 enfermeiros distribuídos equitativamente por 10 países: Argentina, Canadá, China, Alemanha, Japão, África do Sul, Turquia, Reino Unido, Estados Unidos da América e Zâmbia.

31 de Maio: o terceiro dia de convívio internacional

«Ambientes favoráveis à Prática» foi o tema escolhido para as celebrações do Dia Internacional do Enfermeiro de 2007 e serviu, igualmente, como base à primeira sessão plenária que, a 31 de Maio, animou o *National Convention Hall*. No decurso da sua intervenção, a Enf.^a Jo Manion evidenciou a importância de ambientes de trabalho positivos para a melhoria da satisfação e para uma maior responsabilização dos profissionais, factor que pode permitir um maior desenvolvimento profissional. De acordo com a mesma prelectora, «relações sãs, conectividade, escolha, competência e progresso» são os cinco factores que condicionam a concretização de ambientes favoráveis à prática.

Na sessão seguinte, em destaque esteve o Sistema de Saúde do Japão, que se baseia num misto entre o sistema público e o sistema de seguros privados. Contando com a presença do

Dr. Tetsuo Tsuji, Vice-ministro da Saúde, Trabalho e Segurança do Japão, a sessão incidiu sobre as implicações e os custos acrescidos que o envelhecimento da população tem trazido ao sistema de saúde. Além disso, e também devido à baixa taxa de natalidade que se faz sentir há vários anos no Japão, é difícil encontrar jovens interessados na carreira de Enfermagem. Segundo os prelectores, há unidades de doentes agudos em que existe um enfermeiro para sete a 10 pessoas.

Conforme foi avançado, 93% dos jovens que são admitidos nas escolas de Enfermagem terminam o seu curso, 91% passam no exame nacional e destes, 92% conseguem obter emprego. Mesmo assim, nem tudo é fácil. De acordo com os prelectores, 69% dos jovens enfermeiros manifestam dificuldades de adaptação ao primeiro emprego. Em jeito de conclusão, referiu-se que a taxa de abandono da profissão no Japão se situa nos 12,3%. Planeamento de Recursos Humanos, vacinas, e HIV foram outros dos temas a que puderam assistir todos aqueles que estiveram no *National Convention Hall* a 31 de Maio.

No *Main Hall*, o dia começou por reservar algum tempo ao debate das respostas individuais em caso de desastre. As intervenções dos palestrantes nesta mesa chamaram a atenção para a imprevisibilidade e inevitabilidade dos desastres, pelo que o melhor será antever os problemas e tentar adaptar as respostas às situações possíveis. Para isso, é fundamental que as pessoas se organizem e juntem esforço para vencer a adversidade.

Seguiu-se uma sessão sobre Regulação, onde foram apresentadas as experiências de três países tão díspares como a Espanha, Zâmbia e o Japão. Enquanto que o prelector do «país vizinho» abordou a tão polémica adequação a Bolonha, a representante da Zâmbia fez o historial e o percurso de luta pela regulação da Enfermagem naquele país africano. Por último, a intervenção japonesa incidiu no facto de a regulação ser feita pela Associação Japonesa de Enfermeiros e de os enfermeiros japoneses estarem sujeitos a um sistema de recertificação efectuado de cinco em cinco anos.

Hipertensão foi o tema central da mesa seguinte. Nesta sessão falou-se no caso sueco, onde o controlo da hipertensão não tem sido fácil porque durante muito tempo os médicos de família subvalorizaram a hipertensão ligeira. A mesma sessão concluiu que grande parte dos doentes hipertensos podem obter ganhos com a intervenção de Enfermagem.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

A última mesa redonda do dia no *Main Hall* foi dedicada à Rede de Bem-Estar Socioeconómico do ICN.

Este foi também o dia para o já habitual almoço de beneficência da Fundação Internacional Florence Nightingale (FNIF), tendo a OE participado a nível institucional neste evento.

Durante a iniciativa deste ano foi atribuído o *Florence Nightingale International Achievement Award* à Enf.^a Anneli Eriksson, Presidente dos Médicos Sem Fronteiras na Suécia.

Com uma vasta carreira dedicada à prestação de cuidados de Enfermagem a populações vulneráveis, a Enf.^a Anneli Eriksson tem dado especial atenção a projectos que visam ajudar comunidades lesadas por catástrofes naturais e conflitos bélicos.

Na Índia, Serra Leoa, Chechénia, Timor-Leste, Burundi e Nigéria, a premiada teve oportunidade de demonstrar a importância da Enfermagem para as populações que vivem em condições muito precárias. Com efeito, foi relembando os vários países por onde passou e o trabalho desenvolvido no terreno que a Enf.^a Anneli Eriksson salientou, no seu discurso de agradecimento, que «para bem das pessoas que queremos ajudar, temos de encontrar a conciliação e um equilíbrio entre o compromisso e o profissionalismo. Não basta ter um «coração de ouro» e querer fazer o bem. Tal como acontece com outros profissionais de saúde, temos de aprender com as nossas experiências, mas também com as experiências dos outros.

Voltando ao debate, entre as diversas temáticas abordadas nas restantes 13 salas do centro de congressos, destacamos a «dicotomia» entre a docência e o exercício profissional de Enfermagem. Entre os prelectores foi consensual que é necessário diminuir o fosso entre a formação e prática de Enfermagem.

Também foi curioso assistir à sessão dedicada à Rede de Prática Avançada, um grupo que se debruça sobre uma função ou figura existente em alguns países: o enfermeiro de prática avançada. De acordo com um questionário formulado a 32 enfermeiros «avanzados», os motivos de satisfação dos mesmos estão relacionados com três aspectos da sua prática clínica: a referenciação, consultadoria, prescrição / dispensa de medicamentos.

A 31 de Maio, os participantes na Conferência do ICN puderam assistir a nove intervenções dos enfermeiros portugueses e analisar quatro pósteres lusos. Padrões de Qualidade, Ética no fim



ARQUIVO OE

de vida e Educação em Enfermagem em Portugal foram algumas das temáticas versadas.

No final do dia, um grupo de conferencistas convidados – entre os quais alguns membros da delegação oficial portuguesa – participaram numa recepção que teve como convidada de honra a Imperatriz do Japão. Em conversa com a Enf.^a Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, a Imperatriz Michiko saudou a presença de Portugal na Conferência do ICN e dedicou palavras de apreço a todos os enfermeiros portugueses.

1 de Junho: as derradeiras apresentações

No último dia da Conferência do ICN, as expectativas relativamente aos temas da manhã agendados para o *National Convention Hall* de Yokohama eram consideráveis. Em debate estiveram assuntos como a necessidade de globalizar os valores éticos que combatem a pobreza e ajudam as pessoas a cuidar de si mesmas; a necessidade de melhorar a remuneração, os ambientes de trabalho e a dignidade da profissão; a migração internacional de enfermeiros com casos como o das Bermudas, que recruta enfermeiros no estrangeiro, e do Gana, que sofre as consequências de uma emigração em massa.

Na primeira sessão da manhã, a Dr.^a Barbara Stocking, Directora Oxfam britânica – uma organização humanitária que luta contra a pobreza e o sofrimento – falou sobre os aspectos positivos e negativos da globalização. Para a prelectora, «a globalização não é boa nem má, existe simplesmente». Consequentemente, cada

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

a cada um de nós «fazer a diferença», contribuindo para a emergência da «humanidade global».

Abordando as quatro vertentes em que o fenómeno da globalização tem implicações mais evidentes – no comércio, nas mudanças climáticas, nos serviços básicos (educação, saúde, água potável e saneamento básico) e na protecção das pessoas – a Dr.^a Barbara Stocking deu exemplos de como se pode intervir e pressionar os governos a adoptar medidas que ajudem as populações mais desfavorecidas.

E a intervenção deve ser integral e devidamente planeada. Na Tanzânia, por exemplo, a população está a receber cuidados de saúde básicos gratuitos e as crianças vão à escola gratuitamente». Contudo, os profissionais de saúde estão a emigrar porque naquele país são mal pagos e as condições de trabalho, especialmente no que toca a equipamento e medicamentos, são muito más. Daí que «seja importante criar sistemas de saúde e apostar na formação de profissionais». Para a Dr.^a Barbara Stocking, as organizações humanitárias devem unir-se e «trabalhar em conjunto para fazerem uma intervenção com maior impacto. Todos temos responsabilidades e há coisas que podemos fazer para ajudar a que o mundo seja um lugar mais ético».

Indo ao encontro do que foi dito pela Directora da Oxfam britânica, a segunda sessão do dia no *National Convention Hall* focou a «Migração de Enfermeiros». Através desta mesa redonda ficámos a saber que as Bermudas têm um sistema de saúde misto (público e privado) e que a Enfermagem constitui o «grupo mais significativo de profissionais de saúde», explicou o Dr. Warren Jones, Secretário Permanente da Saúde das Bermudas.

Mesmo assim, nos últimos anos tem-se assistido a uma redução no número de efectivos, uma vez que a maior parte dos profissionais de saúde naturais das Bermudas acabam a sua formação em países como os Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido.

Como resultado, os responsáveis políticos das Bermudas têm insistido na criação de condições que tragam para aquele país não só os enfermeiros autóctones, mas também estrangeiros. Até ao momento, e na sequência de um vasto processo de recrutamento iniciado em 2006, cerca de 27% dos enfermeiros a exercer nas Bermudas são estrangeiros. Os países de origem com maior expressão são o Reino Unido, Canadá, Filipinas e alguns Estados das Caraíbas.



ARQUIVO DE

O problema é que a ida para as Bermudas «é vista como uma oportunidade de curto prazo que visa diversificar a experiência de trabalho e permitir desenvolvimento profissional». Para inverter esta tendência, as autoridades daquele país estão a tentar captar profissionais de uma forma mais permanente.

O testemunho transmitido pela Enf.^a Rebecca Patton, Presidente da Associação Americana de Enfermeiros (ANA), veio reafirmar que não são só os países em desenvolvimento que são confrontados com défices na Enfermagem. Nos Estados Unidos da América, e apesar das suas 15 mil escolas, tem-se verificado uma redução no número de enfermeiros, pelo que os EUA são receptores de recursos humanos estrangeiros.

Entre as várias medidas que a ANA tem vindo a desenvolver para tentar reter profissionais encontram-se bolsas de estudo, programas de formação acelerados (*fast track education programs*) e diversas medidas que conduzam à melhoria das condições de trabalho.

O último exemplo apresentado foi o do Gana, enquanto país exportador de recursos humanos. No caso da Saúde, EUA, Canadá e Reino Unido são as principais fontes de atracção dos profissionais ganeses.

Para diminuir o efeito da emigração, o Governo do Gana tem vindo a adoptar medidas específicas: aumentou o número de cursos públicos de enfermagem, tem tentado envolver os sectores público e privado na formação de enfermeiros, bem como intensificar as negociações para melhorar os salários, adiantou a Enf.^a Alice Allotey, Presidente da Associação de Enfermeiros. Ao final da manhã, o *National Convention Hall* foi palco da ses-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

são dedicada ao tema «Carga de Trabalho e Recompensa». Na República Dominicana, por exemplo, os valores salariais auferidos pelos enfermeiros fazem com que, muitas vezes, o mesmo profissional faça frequentemente «duplas e triplas jornadas laborais» para receber uma quantia compatível com as despesas que o agregado familiar enfrenta no dia-a-dia. Claro que tal facto também é possível pelo facto de, naquele país, existir uma média de 30 enfermeiros para cada 10 mil habitantes.

Como resultado, assiste-se à «auto-exploração»¹ deste grupo profissional, à desestabilização da vida pessoal, familiar e conjugal destes profissionais, a uma maior propensão para tensões, situações de stress, mau relacionamento com colegas e até ao desenvolvimento de doenças. De acordo com a Enf.^a Minerva Espinosa, da República Dominicana, «a qualidade do serviço diminui, aumenta o risco de insegurança dos pacientes e dá má imagem da profissão».

Para evitar que os horários dos enfermeiros sejam duplicados ou triplicados, e assim se tornem no «assassino silencioso dos enfermeiros», a Associação Dominicana de Enfermeiras Graduas já apresentou aos responsáveis políticos uma proposta de reajustamento de salários, bem como um conjunto de normas para a regulação da actividade.

A Enf.^a Jill Iliffe, Secretária Nacional da Federação Australiana de Enfermeiros, fez um breve historial da Enfermagem e a nível mundial, com destaque para evolução da qualificação e autonomia da profissão. Não obstante as mais-valias que se foram conquistando ao longo do tempo, «há enfermeiros, em alguns países, que continuam a não perceber o seu potencial, dando continuidade a uma cultura de obediência», afirmou a prelectora.

Na Austrália, «a Enfermagem está a mudar» e, de facto, «a educação universitária fez a diferença». As conquistas alcançadas nos últimos anos no que se refere a salários, condições de trabalho e maior número de enfermeiros formados permitiram reconquistar para a profissão alguns profissionais que a tinham abandonado. De acordo com a Enf.^a Jill Iliffe, um estudo efectuado em 2002 entre enfermeiros de Sidney demonstrou que eram, sobretudo, a carga de trabalho e a incapacidade em as-



ARQUIVO DE

segurar cuidados de qualidade (devido ao número insuficiente de enfermeiros nos serviços) que levavam ao abandono da profissão.

No caso da Suíça, o quadro apresentado pelo Enf.^o Pierre Théraulaz, Presidente da Associação Suíça das Enfermeiras e dos Enfermeiros, a realidade tem particularidades únicas, como seria de esperar. Contudo, as questões salariais também estão presentes. Num país com 26 cantões e outros tantos regimes salariais para os 90 mil enfermeiros registados, não é fácil chegar a conclusões e delinear uma estratégia comum. Mas, de forma geral sabe-se que os enfermeiros recebem menos do que os polícias ou que os professores, assim como um docente de Enfermagem auferir um vencimento inferior ao de qualquer outro professor.

Além disso, até 1996 havia uma forte discriminação sexos: em termos globais, os salários atribuídos às mulheres eram 20% inferiores aos dos homens. Nesse ano entrou em vigor a legislação federal de igualdade entre sexos e a Associação Suíça das Enfermeiras e dos Enfermeiros «foi pioneira no recurso à legislação para defender os profissionais» de Enfermagem, o que resultou na harmonização salarial entre enfermeiros de ambos os sexos em diversas unidades de saúde do país.

À tarde, o *National Convention Hall* recebeu ainda uma sessão dedicada ao tema «Reforço da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica», a qual teve como prelectora a Princesa Muna Al-Hussein da Jordânia. Em destaque esteve a necessidade de expressar, junto de governos, entidades empre-

¹ Expressão utilizada pela palestrante que pretende explicar que, dadas as circunstâncias socioeconómicas do país e a carência de enfermeiros, os enfermeiros vêem-se forçados a manter a acumulação de empregos por muito tempo.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7



ARQUIVO OE

gadoras, educadores e dos próprios profissionais a necessidade de fortalecer a Enfermagem.

Recorde-se que a Princesa Muna Al-Hussein é a Embaixadora da Organização Mundial da Saúde para a Enfermagem e a actividade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Médio Oriente.

«Saúde Comunitária: Saúde Mental» e «Doença Crónica» foram algumas das temáticas abordadas ao longo do dia noutras salas do *Pacifico Convention Complex* de Yokohama.

Portugueses mantêm nível de participação

A exemplo do que aconteceu na quarta e quinta-feira, o último dia do encontro contou com a participação dos enfermeiros portugueses em várias sessões. Desde logo, os dois vencedores do Concurso Nacional de Comunicações Livres promovido pela Ordem dos Enfermeiros – o Enf.º Hugo Amaro e a Enf.ª Cidalina Abreu – tiveram a oportunidade de apresentar os seus trabalhos.

Na tarde do último dia, e a convite do ICN, a Enf.ª Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, teve oportunidade de falar sobre o projecto Biblioteca Móvel em Português.

Mais uma vez, as intervenções dos enfermeiros portugueses incluíram a apresentação de pósteres, comunicações livres / simpósios e a moderação de sessões. CIPE, *Girl Child Project*, Prudência, Ensino de Enfermagem e a experiência dos Conselhos Jurisdicionais Regionais da OE foram alguns dos temas em discussão.

Cerimónia de encerramento: em contagem decrescente para a África do Sul

A Enf.ª Hiroko Minami e a Enf.ª Judith Oulton, Presidente e Directora Executiva do ICN, respectivamente, foram as anfitriãs da cerimónia de encerramento da Conferência.

Na sessão, que contou com a presença especial dos membros do Conselho de Representantes Nacionais e da Princesa Muna Al-Hussein, entre outros.

A Enf.ª Setsuko Hisatune, Presidente da Associação Japonesa de Enfermeiros, fez um balanço muito positivo do encontro que reuniu em Yokohama mais de quatro mil enfermeiros de todo o mundo. Por sua vez, o Enf. Ephraim Mafalo, Presidente da Organização Democrática dos Enfermeiros Sul-africanos, convidou todos os presentes a visitarem aquele país da África Austral daqui a dois anos, participando assim na próxima Conferência do ICN.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Os simpósios efectuados em Yokohama permitiram que o mesmo tema fosse abordado por diversos prelectores, apresentando-se perspectivas diferentes, mas complementares da temática-base. Foi o que aconteceu nesta sessão, com três representantes portugueses. As comunicações encontram-se paginadas por ordem de apresentação. Por opção editorial, a cada prelector foram atribuídas duas página da ROE.

30 de Maio**Modelo de colaboração: Fórum Nacional de Organizações Profissionais de Enfermeiros (FNOPE)**

Enf.^a Marília Viterbo de Freitas

Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE)

O Fórum Nacional de Organizações Profissionais de Enfermeiros (FNOPE) foi criado quando a Ordem dos Enfermeiros (OE) se tornou membro do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses - ICN*), em 2003.

A Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) era, desde 1969, membro do ICN e, por este facto, membro do Comité Permanente de Enfermeiros da União Europeia (PCN), desde 1986, hoje Federação Europeia de Associações de Enfermeiros (EFN), e membro do Grupo de Enfermeiros Investigadores de Europa (WENR), desde 1979.

Após a criação da OE – na sequência de um processo de discussão e de análise da situação das organizações profissionais em Portugal, que decorreu entre 2001 e 2002 e que teve a participação do Conselho Internacional de Enfermeiros – que a APE concordou que a OE tinha todas as condições para se tornar membro da ICN e, consequentemente, membro das outras organizações internacionais. Foi acordado que o Modelo de Afiliação ao ICN fosse o Modelo de Colaboração pelo que se organizou o FNOPE de que ficaram a fazer parte:

- a Associação para o Desenvolvimento da Enfermagem do Norte Alentejano (ADENA);
- a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação (AEEER);
- a Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho (ANET);
- a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE);
- a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplante (APEDT);
- a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO);



C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP);
- a Ordem dos Enfermeiros (OE);
- o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP).

Mais tarde, juntaram-se ao FNOPE três organismos: a Associação dos Directores de Enfermagem (ADE), a Associação de Enfermeiros Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC) e o Sindicato da Região Autónoma da Madeira (SERAM).

Foi elaborado um protocolo de actuação de acordo com o qual foi estabelecido que o FNOPE reuniria, pelo menos, duas vezes por ano. Além disso, foi acordado que todas as decisões deveriam ser tomadas por consenso e que, caso o consenso não fosse possível, prevaleceria a opinião da OE ou a dos sindicatos, de acordo com as suas especificidades.

Apresentamos, de seguida, os objectivos e as principais actividades de quatro associações, a ADENA, a AESOP, a APE e a ANEDT, como exemplo do trabalho associativo, valorizando-se a publicação de revistas científicas e culturais das três últimas.

A ADENA foi fundada em Maio de 2000 e pretende contribuir para o desenvolvimento da prática de Enfermagem e dos seus objectivos científicos, culturais e sociais no Norte Alentejano. Os seus principais objectivos são: contribuir para a dignificação da Enfermagem, promover e / ou desenvolver programas, simpósios e congressos relacionados com Enfermagem, promover a investigação em Enfermagem, desenvolver a formação contínua.

A AESOP foi fundada, em 10 de Fevereiro de 1986, por um grupo de enfermeiros preocupados com a falta de formação profissional na área da Enfermagem de sala de operações. O objectivo da instituição é melhorar a qualidade da prática através da formação contínua dos enfermeiros e de um ensino da Enfermagem baseado na prática. Ao longo de 21 anos, a instituição organizou 13 congressos nacionais, *workshops*, participou em vários estudos relacionados com os procedimentos que devem ser adoptados. É de registar também a cooperação com departamentos de formação ao longo da vida de vários hospitais e escolas superio-

res de Enfermagem na organização de programas de formação de curta e longa duração. Entre outras actividades, é de realçar, em 2006, o lançamento do primeiro livro português acerca de Enfermagem perioperativa.

A APE, fundada em 1968, é uma instituição de âmbito nacional que tem por objectivo a defesa dos valores sociais, culturais, éticos, técnicos e humanos da profissão de enfermeiro, visando participar na melhoria dos cuidados de Enfermagem. Desenvolve actividades educacionais tais como programas de curta e média duração, dias de estudo e conferências. A sua actividade editorial inclui a publicação, desde 1985, da revista *Enfermagem* com quatro edições por ano e da publicação de livros de autores portugueses, na sua maioria dissertações de mestrado.

A acção política é coordenada com outras organizações de Enfermagem de acordo com as necessidades pontuais. Ao nível internacional, a APE foi membro do CIE entre 1969 e 2003.

A ANEDT foi oficialmente criada em 22 de Março de 1984, com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento e para a melhoria das competências da Enfermagem, em geral, e das competências dos enfermeiros que dão assistência a doentes com problemas renais. A ANEDT organiza encontros técnicos e científicos, congressos e encontros nacionais, promove a difusão de revistas científicas e publica semestralmente a revista *NEPHRO'S*.

De um modo global, a avaliação dos três anos de trabalho do FNOPE é positiva. Realizaram-se mais de cinco reuniões por ano e não as duas, tal como estava previsto no Protocolo. Todas as decisões foram tomadas por consenso, as organizações profissionais tiveram a possibilidade de se conhecerem melhor e discutiram-se não só assuntos de carácter internacional, como também houve oportunidade para analisar a prática da profissão em Portugal.

Houve algumas dificuldades especialmente ligadas à pouca disponibilidade para se estudarem os assuntos profundamente e para se estar sempre presente nas diferentes reuniões.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio

Modelo de colaboração: SEP e SERAM – o ponto de vista dos sindicatos

Enf.ª Guadalupe Simões*Vice-coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP)*

Devido à situação sociopolítica portuguesa antes de 1974, os sindicatos e as associações profissionais desempenhavam um papel importante no que respeita ao desenvolvimento da Enfermagem. O percurso associativo da Enfermagem portuguesa não é alheio a este factor.

Em 1973, o 1.º Congresso de Enfermagem organizado pelos sindicatos, que à data eram só de âmbito regional, e por duas associações – a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) e a Associação Católica de Enfermeiros Portugueses (ACEPS) – estabelece quatro objectivos: estabelecimento de uma carreira única; criação de um estatuto profissional; integração da Enfermagem no Ensino Superior; e criação da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Estes quatro objectivos, estruturantes para a profissão, foram atingidos num espaço de 15 anos: uma carreira única para todos os enfermeiros, em 1981; a integração no Ensino Superior, em 1988; o estatuto profissional, em 1996, e, finalmente, a constituição da OE, dois anos mais tarde.

Este percurso só foi possível porque os sindicatos e as associações – na defesa das questões essenciais para a profissão – sempre souberam juntar esforços. Contudo, os sindicatos foram determinantes pelo número de sócios, pelo poder de mobilização e pela natureza do seu mandato social.

Começámos por fazer esta contextualização histórica, por a considerarmos importante, para se perceber as razões que levaram Portugal a escolher este modelo de colaboração.



ARQUIVO OE

O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) e o Sindicato de Enfermagem da Região Autónoma da Madeira (SERAM) são as duas únicas instituições deste cariz membros do Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE). De acordo com a legislação portuguesa, representam os enfermeiros no âmbito das questões laborais, da mesma forma que a OE representa os enfermeiros no âmbito da regulação da profissão.

Até 1998, o SEP era a organização com maior número de sócios. Ainda assim, a nossa participação nas decisões internacionais era reduzida. Por exemplo, desconhecíamos as orientações do ICN relativamente às questões socioeconómicas e às condições de trabalho.

Com a criação da OE foi aberto um importante espaço de discussão entre as organizações portuguesas de enfermeiros. Começaram a ser abordadas as formas como se deveria participar nos debates internacionais. Finalmente, surgia uma oportunidade para todos participarem, avaliarem e decidirem e, o que é mais importante, passou a haver um espaço para a troca de informação. Globalmente, a avaliação do trabalho desenvolvido nos últimos três anos é muito positiva, contudo, é necessário continuar a

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

trabalhar. Temos consciência de que, cada vez mais, as grandes decisões são discutidas e tomadas no plano internacional, reflectindo-se em cada um dos países.

No contexto europeu, esta questão é bastante perceptível. Estamos confrontados com problemas graves, como a aposta na diminuição das condições de trabalho, na diminuição do valor do trabalho e no desmantelamento dos serviços nacionais de saúde. Esta estratégia política põe em causa os direitos dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados que prestamos às pessoas.

Ainda assim, só recentemente fomos confrontados com o problema do desemprego no nosso país. Não porque existam enfermeiros em excesso – continuamos com um *ratio* de enfermeiro / habitante abaixo da média europeia –, mas porque estão congeladas as admissões para a Função Pública, onde se insere a maior parte das instituições de saúde portuguesas.

Esta nova realidade do desemprego é, para o SEP e para o SERAM, uma das estratégias para diminuir o valor do trabalho da Enfermagem. Pela primeira vez, temos enfermeiros à procura de um lugar para trabalhar, sem que sejam remunerados. Para os grupos privados que têm inaugurado instituições de saúde, a situação não poderia ser mais favorável: admitem técnicos qualificados a baixo preço.

Esperamos começar a negociar a nova carreira profissional da Enfermagem no segundo semestre de 2007. Vivemos momentos de grande preocupação e de alguma fragilização, que esperamos ultrapassar, tal como o fizemos noutros períodos. A concorrer para este optimismo, está também a notória mobilização dos enfermeiros portugueses. Cerca de 1000 aprovaram na Assembleia-Geral da Ordem, que se realizou no dia 19 de Maio de 2007, uma nova forma de regularização do acesso à profissão. O caminho faz-se caminhando e fizemos progressos.

Acabámos de descrever o contexto português. Entendemos que a profissão pode continuar a evoluir, de acordo com o que entendemos ser o melhor para os enfermeiros e para as populações. Assim, é nosso entendimento que este modelo de colaboração pode potenciar que se continue a atingir objectivos.



Se é verdade que os pilares se reproduzem, em termos nacionais e internacionais, e que eles são a regulação, as políticas da saúde e as condições sociolaborais, relativamente às quais as diferentes organizações têm competências específicas, então, enquanto responsáveis e de forma responsável, cabe-nos o papel de potenciar esta articulação e colaboração.

Como já referimos anteriormente, isto não significa que tudo funcione na perfeição. Por vezes, as dificuldades económicas de algumas das organizações que compõem o FNOPE são um problema, assim como a instabilidade dos seus corpos dirigentes. A quantidade de informação – proveniente do ICN e da Federação Europeia de Associações de Enfermeiros (*European Federation of Nurses Associations* – EFN) – não se compadece com a nossa pouca disponibilidade. Precisamos de pensar noutra forma de funcionamento que permita uma maior eficácia na análise e resposta, assim como no que diz respeito à divulgação interna.

Em 2008, o FNOPE irá rever o seu regulamento interno. Esperamos que a experiência adquirida ao longo destes quatro anos ajude à introdução de novas regras e que estas nos permitam continuar a desenvolver este trabalho.

O SEP e o SERAM acreditam que esta nova abordagem dos assuntos internacionais pode melhorar e fortalecer a sua capacidade negocial, na defesa de melhores condições de trabalho e de vida dos enfermeiros portugueses.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio

Modelo de colaboração: reflexões e resultados de três anos de trabalho

Enf.º António Manuel V. Alves da Silva*Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros e
Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais em 2007*

Quando a Ordem dos Enfermeiros (OE) foi criada, em Portugal já existia uma organização que fazia parte do ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros – *International Council of Nurses*): a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE). Como por cada país só pode existir uma entidade membro do ICN e a Ordem dos Enfermeiros entendia ser a organização melhor colocada para representar internacionalmente a Enfermagem portuguesa, foi iniciada, entre diversas organizações nacionais de enfermeiros, uma discussão e análise da filiação portuguesa no ICN.

O processo foi sempre liderado pela OE e pela APE e teve diversas fases. Na primeira, as diferentes organizações identificaram as mudanças operadas nos últimos anos por força da criação da OE, nomeadamente no que dizia respeito ao associativismo profissional em geral, à estrutura das organizações e respectiva representatividade da profissão. Esta análise permitiu que cada uma das organizações fosse reflectindo, construindo e clarificando a sua posição sobre a questão.

Na segunda fase procedeu-se ao estudo dos novos modelos de afiliação do ICN, que depois de cada organização ter seleccionado a sua escolha, conduziu a um debate acerca das opções em estudo e respectivas implicações. O debate gerado permitiu que fosse identificado um conjunto de princípios que reuniam o consenso de todas as organizações envolvidas.

Numa altura em que as posições estavam claramente definidas, teve início uma terceira fase, que foi marcada pela mediação do ICN, feita através da sua Directora-geral Executiva, Enf.ª Judith Oulton. Foram promovidas reuniões em que através da análise



ARQUIVO OE

e debate de opções e suas implicações foi possível conciliar as opiniões e posições de todas as organizações envolvidas, obtendo-se um compromisso.

Este compromisso tomou a forma de um protocolo de colaboração que, estabelecendo as bases de funcionamento, cria o Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE). Este fórum, criado para efeitos de representação internacional, congrega 12 organizações de enfermeiros que, entre si, representam os três pilares do ICN: regulação da profissão, bem-estar socioeconómico e trabalho, e exercício profissional (generalista e especialista).

Decorrido este processo negocial que envolveu várias organizações profissionais de enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros tornou-se, em Abril de 2004, membro do ICN. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros tornou-se na representante da Enfermagem portuguesa junto do ICN, de acordo com o modelo de colaboração.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Hoje, cerca de nove anos depois das primeiras eleições, a OE tem 51 167 membros. A nível internacional pertence às seguintes associações: ICN, EFN (Federação Europeia de Enfermeiros – *European Federation of Nurses*), EFNNMA (Fórum Europeu de Associações Nacionais de Enfermagem e Enfermagem Obstétrica – *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations*), WENR (Grupo de Enfermeiros Investigadores da Europa – *Workgroup of European Nurse Researchers*), ACENDIO (Associação para Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem Europeus Comuns – *Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes*), FEPI (Federação Europeia dos Reguladores de Enfermagem – *Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche*) e participa na *Rede Informal de Chief Nursing Officers* (assessores ministeriais de Enfermagem).

De entre as actividades regulares desenvolvidas pelo FNOPE contam-se a realização de reuniões regulares, a organização das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, a preparação em conjunto de encontros internacionais e envio de delegações oficiais a esses eventos.

A análise destes três anos de trabalho em comum permite eleger como principais vantagens da adopção deste modelo de colaboração: o reforço da representatividade, a inclusão de todas as perspectivas na análise das questões e a sua transmissão a nível internacional, a construção de posições comuns mais consisten-

tes, o fortalecimento das relações institucionais, o reforço organizacional, uma maior difusão da informação internacional, um maior interesse pelas questões internacionais, a inclusão dos estudantes, o reforço dos canais de comunicação nacionais, uma maior visibilidade, o realce da imagem da Enfermagem e a unificação da voz da Enfermagem portuguesa.

Como desvantagens identificamos a necessidade de conjugar as diferentes estruturas e formas de trabalhar das associações nacionais de Enfermagem que pertencem ao FNOPE, as dificuldades relacionadas com a falta de tempo e o tempo acrescido que implicam os mecanismos de consulta interna e os constrangimentos de cariz financeiro. No horizonte próximo, o FNOPE vai proceder à revisão do seu protocolo de constituição e regulamentação interno, vai procurar desenvolver novos métodos de trabalho e tentar atrair novos membros.

Concluindo, diríamos que este processo se traduziu num percurso longo, que exigiu muito trabalho e reflexão por parte de todos os envolvidos, mas que acaba por ter sido recompensador. De realçar ao longo deste processo o facto de as identidades organizacionais se terem mantido, tendo sido, em alguns casos, mesmo reforçadas.

Tudo isto foi possível porque todos os intervenientes no processo sempre colocaram a Enfermagem e os enfermeiros na linha da frente.



C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio

A Biblioteca Móvel em Português

Enf.º António Manuel V. Alves da Silva

*Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros e
Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais em 2007 –
Prelator em Yokohama*

Enf.ª Maria Isabel Soares

Coordenadora do Projecto Biblioteca Móvel em Português

Enf.ª Lisete Fradique Ribeiro

*Responsável pela Área da Formação do Projecto Biblioteca Móvel em
Português*

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 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».

Assim, em 2006, levando à prática este artigo dos seus Estatutos, a Ordem dos Enfermeiros decidiu trazer para Portugal o projecto *Mobile Library*, promovido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*) em colaboração com a Merck, aplicando-o à realidade portuguesa e dando-lhe a designação de Biblioteca Móvel.

A Biblioteca Móvel é um recurso que procura levar informação actualizada sobre saúde aos enfermeiros que trabalham em áreas remotas dos países em desenvolvimento. Trata-se de um baú metálico com um conjunto organizado de cerca de 50 livros e de outras publicações, que pode ser transportado de um local para outro, a fim de facilitar o acesso ao conhecimento, à cultura e à informação.

Foram escolhidos como destinatários destas bibliotecas os países em desenvolvimento, com os quais Portugal tem uma ligação



mais próxima. Esta iniciativa visa levar a informação relevante aos locais onde os enfermeiros estejam a desenvolver a sua actividade, evitando, assim, que tenham de se deslocar aos locais onde, tradicionalmente, se encontra este tipo de informação. O que se pretende é ir ao encontro das necessidades de informação e de formação quando estas surgem, no dia-a-dia de trabalho destes profissionais.

Os objectivos da Biblioteca Móvel são:

- preencher a lacuna entre a necessidade e a disponibilidade de informação médica e de saúde para os enfermeiros;
- proporcionar informação válida e actualizada sobre cuidados de saúde aos enfermeiros que trabalhem em áreas cujo acesso a materiais informativos seja difícil;
- dar resposta às necessidades de formação dos enfermeiros;
- fornecer um instrumento eficaz de promoção da saúde e de prevenção da doença em regiões com pouca assistência;

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- promover e apoiar a aprendizagem ao longo da vida dos profissionais de Enfermagem, colocados longe dos centros de recursos educativos.

O projecto Biblioteca Móvel em Português visa a implementação de 50 bibliotecas ao longo de quatro anos (entre 2006 e 2009) e irá chegar aos seguintes países: Angola, Moçambique e S. Tomé e Príncipe (que já são membros do ICN), Timor-Leste (que está em negociações para se tornar membro do ICN), Cabo Verde, Guiné-Bissau e Lusaka / Zâmbia.

No primeiro ano de execução do projecto, foram distribuídas 19 Bibliotecas Móveis, três em Moçambique, três em S. Tomé e Príncipe, nove em Angola e quatro junto do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (em Lusaka e na Zâmbia). Até 2009, serão ainda distribuídos mais seis conjuntos de livros em Moçambique, nove em Angola e cinco, respectivamente, em Cabo Verde, na Guiné-Bissau e em Timor-Leste.

O Projecto Biblioteca Móvel envolve a selecção de conteúdos, a tradução e revisão dos documentos que integram o baú, a edição

e impressão dos mesmos, a negociação com patrocinadores e apoiantes da iniciativa, o envio do material para os países onde são instaladas as bibliotecas, a formação (quando necessário) e, finalmente, a avaliação do processo de instalação da Biblioteca Móvel e do programa.

Esta iniciativa está a ser realizada em parceria com outras empresas e instituições como a Direcção-Geral de Saúde, a Fundação Calouste Gulbenkian, a Lusodidacta, a Associação para o Desenvolvimento Garcia d'Orta, a Merck, Sharp & Dohme, a FORMASAU e o Ministério da Saúde do Brasil.

O Projecto Biblioteca Móvel que está a ser promovido pela Ordem dos Enfermeiros tem merecido a atenção da comunicação social portuguesa, o que muito ajuda à divulgação do projecto e à procura de patrocinadores. Por exemplo, a 22 de Abril de 2007, o comentador da RTP, Marcelo Rebelo de Sousa, um conhecido professor universitário e um dos mais respeitados *opinion makers* portugueses, fez referência ao Projecto Biblioteca Móvel, durante um dos seus programas semanais, emitido especialmente a partir de Maputo.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio

Violência e profissionais de saúde – ponto de vista português

Enf.ª Maria Augusta Sousa

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Segundo o documento «*Guidelines on coping with violence in the workplace*», publicado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*), «O crescente aumento de incidentes de abuso e violência em instituições de saúde estão a interferir com a prestação de cuidados de qualidade e põem em risco a dignidade pessoal e auto-estima dos profissionais de Saúde». Além disso, «a prevalência de violência contra os enfermeiros é algo preocupante quando se compara com outras profissões».

Para analisar a situação portuguesa quanto à violência contra profissionais de saúde, socorremo-nos de duas importantes fontes de informação que analisam o problema nos últimos cinco anos: «Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde-Estudos de Caso Portugueses», uma pesquisa conduzida por oito autores, sob a coordenação de Paulo Ferrinho, em Julho de 2002, e a Base de Dados da Direcção-Geral de Saúde (DGS), onde se recolheram os registos de episódios de violência sobre profissionais de saúde.

De acordo com a primeira publicação, a violência parece ocorrer com mais frequência em centros de saúde do que em hospitais. Por ordem decrescente, os principais tipos de violência relatados são: a violência verbal, o *bullying / mobbing*, a discriminação, a violência física e o assédio sexual.

Os dados apresentados sugerem a existência de diferentes padrões de violência nas instituições de saúde estudadas:

- a violência verbal é mais frequente contra enfermeiros e pessoal administrativo dos centros de saúde;
- a violência física parece ser mais frequente contra enfermeiros, quer em centros de saúde, quer em hospitais;
- o assédio sexual parece ser um problema que envolve, com particular frequência, as enfermeiras a trabalhar em contexto hospitalar;



ARQUIVO OE

- o *bullying / mobbing* é mais frequente contra os médicos de família e funcionários administrativos dos centros de saúde;
- a discriminação parece ser um fenómeno sentido com mais frequência nos hospitais pelos enfermeiros e outros profissionais licenciados.

Os dados disponíveis relativos aos centros de saúde revelam que a violência contra a propriedade pessoal dos profissionais é prevalente. Contudo, não existem dados que permitam comparações com o contexto hospitalar.

As notícias veiculadas pelos órgãos de comunicação social geralmente não reflectem a verdadeira dimensão do problema, pois falam da violência como sendo física e praticada contra médicos que trabalham em contexto hospitalar. Na realidade, a violência é um problema muito mais sério, tem dimensões além da vertente física, ocorre principalmente em centros de saúde e os principais visados são enfermeiros e funcionários administrativos.

Esta situação aponta para a necessidade de clarificar, junto dos jornalistas, as conclusões destes estudos.

A análise feita permite concluir que a violência é um fenómeno

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

frequente, mas subnotificada. Esta circunstância está parcialmente associada aos meios disponíveis para o fazer, que não garantem a privacidade da denúncia.

Em 2006, a DGS criou o Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, cujos objectivos consistem em disponibilizar um sistema de registo *on-line* dos episódios de violência contra profissionais de saúde a nível nacional; disponibilizar documentos de referência e instrumentos úteis na abordagem do problema e partilhar experiências organizativas na sua abordagem.

O profissional de saúde, enquanto vítima, pode notificar o evento *on-line* e de forma anónima em www.dgs.pt, através do preenchimento de um questionário, onde se pedem dois tipos de informação – um de cariz geral e outro de cariz mais específico.

Na informação considerada mais geral, solicita-se uma pequena descrição do episódio de violência de forma a seguir a evolução do problema. A informação mais específica pretende ser complementar à primeira, permitindo uma melhor compreensão do evento, a caracterização do agressor e as eventuais consequências do episódio para a vítima e para a instituição.

O estudo estima que, anualmente, metade dos profissionais de saúde sejam vítimas de algum tipo de violência. Contudo, nos primeiros oito meses de 2006, foram apenas notificados 90 episódios de violência contra pessoal de saúde, sendo que destes, 40% ocorreram em centros de saúde e 22% nos serviços de urgência dos hospitais.

Quase 50% dos casos de violência notificados dizem respeito a insultos, discriminação, ameaças ou difamação. Já 3% são relativos a episódios de violência física. As vítimas são essencialmente mulheres, enfermeiras e médicas, com idades que variam entre os 20 e os 29 anos. De realçar que apenas 10% das vítimas dizem estar satisfeitas ou muito satisfeitas com a forma com a instituição lidou com a situação. Ao passo que 24% se mostraram insatisfeitas com o rumo dado à queixa.

De sublinhar que mais de 80% das pessoas que denunciaram terem sido alvo de agressão não pediram para receber tratamento nem para não trabalhar o resto do dia.

No que respeita à caracterização dos agressores, estes são na maioria homens. Em 47% dos casos são doentes (com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos), familiares dos doentes (entre os 40 e os 49 anos), ou pessoal de saúde externo (40 a 49 anos).

Em Novembro de 2004, a Ordem dos Enfermeiros (OE) organizou, em conjunto com outras instituições, um seminário sobre violência contra profissionais de saúde, que juntou investigadores nacionais e internacionais, representantes dos órgãos reguladores de enfermeiros, farmacêuticos e médicos, associações de investigação e desenvolvimento, sindicatos, órgãos de comunicação social e associações da sociedade civil.

O evento pretendeu ser uma introdução da OE na discussão desta temática e no seu envolvimento na procura de soluções. Este é um problema que deve ser trabalhado globalmente, sendo de evitar o surgimento de visões parciais. Quando se atinge o extremo da violência, há uma grande probabilidade de esta acção surgir em consequência de outros factores, como as necessidades das populações, as questões burocráticas, a (in)eficiência dos serviços de saúde e dos seus profissionais. Raramente a culpa é apenas de uma pessoa.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio

Os enfermeiros portugueses face à gripe aviária

Enf.º Raul Cordeiro*Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul em 2007 – Prelector em Yokohama***Enf.º Sérgio Gomes***Coordenador da Linha de Saúde Pública em 2007***Enf.º Delfim Oliveira***Presidente da Comissão de Cuidados Gerais e membro do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em 2007*

Os profissionais de saúde devem estar na linha da frente na luta contra uma possível epidemia e devem manter-se vigilantes na identificação de qualquer suspeita de infecção humana com a gripe aviária.

A gripe aviária é pior do que qualquer outro tipo de gripe ocorrida na história recente do Homem. Ocorre, naturalmente, em aves, levantando uma questão essencial: porque é que os humanos ficam infectados? Com as novas tecnologias em genoma e provas de ADN, podemos afirmar que este vírus é o mais instável de todos organismos que o mundo encarou até hoje. O vírus sofre constantes e perigosas mutações, revelando uma extraordinária capacidade de adaptação a novas formas. Pode ficar mais forte e mais mortal, pode enfraquecer ou desaparecer. Quando é que isso acontecerá? A coisa mais importante a fazer agora é estarmos preparados para uma epidemia pandémica potencial.

Os principais objectivos da comunicação são:

- identificar as principais preocupações dos enfermeiros portugueses em relação à gripe aviária;
- identificar as necessidades de formação dos enfermeiros portugueses nesta matéria;
- avaliar os resultados da estratégia adoptada pelos enfermeiros portugueses.



ARQUIVO OE

Uma pandemia pode iniciar-se quando ocorrem três condições: o surgimento de um novo subtipo de vírus; a capacidade deste novo tipo de vírus de infectar os seres humanos e de causar uma doença grave; a propagação fácil e de forma sustentável deste novo tipo de vírus entre seres humanos. As características do vírus H5N1 estão amplamente de acordo com as duas primeiras condições acima mencionadas: trata-se de um vírus novo para os seres humanos (os vírus H5N1 nunca circularam tão amplamente nas populações humanas); o vírus infectou mais de 100 pessoas e matou mais de metade. No caso de uma pandemia de um vírus do tipo H5N1, ninguém estará imune.

Todos os pré-requisitos para o início de uma pandemia estão cumpridos, com a excepção de um: o vírus estabelecer uma forma eficiente e sustentável de transmissão entre seres humanos. O risco de o vírus H5N1 adquirir esta capacidade persistirá enquanto as oportunidades de este infectar seres humanos continuarem. Estas oportunidades, por sua vez, continuarão a existir enquanto o vírus circular nas populações de aves, e esta situação

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

poderá continuar a existir durante mais alguns anos. Ninguém sabe ao certo. A melhor forma de evitar uma pandemia seria eliminar a presença dos vírus nas aves, mas tal hipótese tem vindo a tornar-se cada vez mais remota.

Na sequência de um donativo da indústria, a OMS estava a acumular um fundo de medicamentos antivirais que seria suficiente para realizar três milhões de tratamentos, em 2006. Estudos recentes, com base em modelos matemáticos, sugerem que estes medicamentos poderão ser utilizados profilaticamente no início da pandemia, para reduzir o risco do aparecimento de um vírus totalmente transmissível ou, pelo menos, para atrasar a sua propagação internacional, o que permitirá ganhar tempo para aumentar o fornecimento de vacinas.

O risco de uma pandemia de gripe é elevado. Estando o vírus H5N1 firmemente implantado em grandes partes da Ásia, o risco de ocorrência de mais casos em seres humanos irá manter-se. Cada caso adicional num ser humano oferece ao vírus a oportunidade de melhorar a sua capacidade de se transmitir entre seres humanos e de, em consequência, transformar-se numa estirpe pandémica. A propagação recente do vírus nas aves de capoeira e aves selvagens de novas áreas alargou ainda mais as oportunidades de surgirem mais casos em seres humanos. Apesar de, nem a altura nem a gravidade da próxima pandemia poderem ser previstas, a probabilidade de ocorrência de uma pandemia aumentou.

Dez áreas-chave para o planeamento de intervenções de Enfermagem em caso de pandemia

1. Planeamento, implementação, análise de risco, integração na organização, características da pandemia.
2. Absentismo.
3. Política de benefícios e recursos humanos.
4. Dependência da economia.
5. Flexibilidade no trabalho.
6. Emprego na área da saúde.
7. Instalações dos prestadores de saúde.
8. Comunicação.

9. Interrupção de serviços essenciais.
10. Limitação da mobilidade das pessoas.

A Ordem dos Enfermeiros desenvolveu várias estratégias para aumentar os níveis de conhecimento dos enfermeiros portugueses sobre este assunto.

Foram realizados vários seminários regionais (*Eventual Pandemia – Uma ameaça ou uma Oportunidade?*), assim como houve colaboração na elaboração de vários planos de contingência a nível institucional, local e nacional.

Durante o ano de 2006, foram realizados cinco seminários (um por cada Secção Regional), com um total aproximado de 250 participantes.

Do total dos participantes, 60 % referiram não ter informação suficiente para intervir adequadamente em caso de pandemia, e entre 80 a 90 % revelaram que as instituições e os seus profissionais não estariam preparados para intervir face a uma eventual pandemia.

De acordo com estes resultados, foram delineadas várias estratégias de aplicação a nível nacional:

- informação via Internet, e correio postal para todos os enfermeiros;
- construção e divulgação de materiais audiovisuais como suporte de informação para enfermeiros e população em geral;
- proposta de inclusão destas matérias nos planos de formação das instituições ligadas à saúde;
- monitorização constante do nível de conhecimento e do envolvimento dos enfermeiros.

Actualmente, a estratégia implica a realização de mais seminários para mais enfermeiros, de forma a implicar o maior número possível de enfermeiros.

Embora em Portugal não haja casos reportados de gripe aviária, a preparação dos profissionais da saúde, em geral, e dos enfermeiros, em particular, é um desígnio da Ordem dos Enfermeiros.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

30 de Maio**Sistemas de Informação em Enfermagem e a regulação profissional em Portugal****Enf.ª Margarida Filipe***Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Norte em 2007 – Plectora em Yokohama***Enf.º António Manuel V. Alves da Silva***Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros e Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais em 2007***Enf.º Élvio de Jesus***Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional da Região Autónoma da Madeira***Utilização da CIPE®: o exemplo Português**

São vários os estudos efectuados em Portugal que põem em evidência a disponibilidade dos enfermeiros para a introdução das TIC na sua prática clínica. Tal dever-se-á, provavelmente, ao facto de Portugal ter começado a trabalhar nas TIC no âmbito da Enfermagem há mais de uma década, desde a primeira versão da CIPE, e ter desenvolvido aplicações informáticas para documentar os cuidados de Enfermagem realizados. A utilização das TIC é importante não apenas na prática clínica diária dos enfermeiros, mas também na formação em Enfermagem, na administração, na investigação e nas políticas de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) tentou obter, junto das instituições prestadoras de cuidados de saúde e de escolas superiores de Enfermagem, alguns dados sobre a utilização de sistemas de informação em Enfermagem, baseados na linguagem CIPE. Mesmo não tendo obtido respostas de todas as instituições, trazemos aqui alguns dados que podem ter interesse e que reflectem a utilização da CIPE no nosso país.

Após análise dos questionários enviados, chegámos às conclusões mais à frente indicadas.



ARQUIVO OE

Análise dos questionários

Foram efectuados 645 questionários, distribuídos da seguinte forma:

429, por centros de saúde; 166, por hospitais; 22, por centros hospitalares; 48, por escolas de Enfermagem.

Foram recebidos 172 questionários, com a seguinte proveniência:

100, de centros de saúde; 49, da área hospitalar; 35, de hospitais; 14, de centros hospitalares; 23, de escolas de Enfermagem.

Instituições prestadoras de cuidados em Enfermagem**Sistema de informação**

Na sua instituição, tem definido uma política de documentação de Enfermagem com base na CIPE®?

Não – 95; centros de saúde – 69; hospitais – 26; sim – 50; centros de saúde – 29; hospitais – 21.

Das instituições que não têm definido uma política de documentação de Enfermagem com base na CIPE®:

Sim – 83; centros de saúde – 56; hospitais – 27.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Têm previsto a sua implementação:

Nos próximos 12 meses – 63; nos próximos 12 a 24 meses – 3; nos próximos 24 meses – 11; nos próximos 36 meses – 1.

N.º serviços / unidades de saúde com documentação de Enfermagem com base na CIPE®.

Dos que deram indicação, ou seja, pelo menos podemos afirmar que existe a sua implementação em:

Centros de Saúde – 56 unidades de cuidados; hospitais – 249 serviços.

O sistema de documentação dos cuidados de Enfermagem está em:

Hospitais: suporte de papel – 18; suporte de papel / informático – 17; suporte informático – 13.

Centros de saúde:

Suporte de papel – 58; suporte de papel / informático – 18; suporte informático – 16.

Nas instituições onde o sistema de documentação dos cuidados de Enfermagem se encontra em suporte electrónico, recorrem à utilização dos seguintes aplicativos:

SAPE – 24 nos centros de saúde e 22 nos hospitais; outros: Medicine One, Vitalar; Siemens, ...

A aplicação informática disponível traduz a natureza dos cuidados de Enfermagem?

Dos que utilizam o SAPE, apenas dois nos centros de saúde consideram que NÃO.

Monitorização de indicadores de qualidade através do sistema disponível?

Sim – 24; centros de saúde – 11; hospitais – 13.

Indicadores de qualidade: UP, Quedas.

Estabelecimentos de ensino

Escolas com planos de estudo estruturado com base na CIPE®:
Sim – 2; não – 22.

Escolas com horas lectivas previstas para abordagem da CIPE®:
Sim – 22; não – 2.

Número de horas lectivas previstas para abordagem da CIPE®:
Média – 18,5 horas (em 20 escolas) (excepto a escola que indicou 3.260 horas).

Durante os ensinamentos clínicos, os alunos utilizam a CIPE na descrição de diagnósticos de Enfermagem / Objectivos / Intervenções de Enfermagem, que integram o planeamento de cuidados?
Sim – 14; não – 3; em função dos serviços (sim/não) – 7

Conclusão

Não obstante todos os esforços que os enfermeiros em Portugal fizeram relativamente à tradução e validação da Versão 1 da CIPE, bem como as mudanças políticas no desenvolvimento e na aquisição de *software* clínico pelo Ministério da Saúde, consideramos, e há a forte evidência disso, que num futuro próximo aumentaremos o número de enfermeiros e de instituições prestadoras de cuidados que utilizarão, sistemática e formalmente, a CIPE na documentação informática dos cuidados que produzirem.

A longa experiência e os saberes que adquirimos, especialmente com a utilização do SAPE nos centros de saúde, nos hospitais e nos estabelecimentos de ensino, no nosso ponto de vista, servirão como estímulo à reflexão sobre a Versão 1 da CIPE, dado que ainda não dispomos de enfermeiros que dominem esta nova versão com o conhecimento e a experiência suficientes para ajudar outros enfermeiros na utilização da mesma. Todavia, a crescente pressão do Ministério da Saúde e do sector privado no incremento de sistemas de informação integrados e interoperáveis de saúde estimulará as TIC e, simultaneamente, a CIPE na prática clínica dos enfermeiros.

O facto de muitas empresas produtoras de *software* terem mostrado interesse no desenvolvimento de sistemas de informação tornou-se um desafio para a OE, incentivando-a a trabalhar cada vez mais nesta área. A quantidade de dados fornecidos pelo sistema e que podem ser armazenados, tratados e pesquisados, bem como a qualidade da informação que podem garantir, estimulará certamente o conhecimento e a sabedoria necessária para o desenvolvimento da profissão de enfermeiro.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Os simpósios efectuados em Yokohama permitiram que o mesmo tema fosse abordado por diversos prelectores, apresentando-se perspectivas diferentes, mas complementares, da temática-base. Foi o que aconteceu nesta sessão, com quatro membros dos Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros, os nomes e as imagens encontram-se por ordem de apresentação.

30 de Maio

Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal

Enf.º Delfim Oliveira

Presidente da Comissão de Cuidados Gerais e membro do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em 2007

Enf.º Raul Cordeiro

Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros em 2007

Enf.ª Fátima Lopes

Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros em 2007

Enf.º Manuel Oliveira

Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros em 2007



ARQUIVO OE

Breve enquadramento histórico da Profissão de Enfermagem em Portugal

O exercício da profissão de Enfermagem em Portugal é auto-regulado, desde 1998, através da Ordem dos Enfermeiros (OE) e apoiado num quadro de referência legal, que vincula todos os enfermeiros e serviços de saúde que prestam cuidados de Enfermagem aos cidadãos.

Este quadro de referência assenta nos seguintes pilares: no Re-

gulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); no Código Deontológico; nos Padrões de Qualidade (Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos) e nas Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Estes dois últimos documentos enquadramos foram já estabelecidos pela OE, nos termos das suas atribuições e orientam a prática profissional e a formação dos enfermeiros.

Radica no tempo a ideia e o desejo de auto-regulação dos enfermeiros para afirmar a sua autonomia num quadro de melhoria dos cuidados de Enfermagem, seja através do processo de

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

formação, seja pelo estabelecimento de regras de conduta profissional.

Vários foram os aspectos que determinaram a concretização desta aspiração dos quais salientamos:

- 1 – uma forte participação associativa dos enfermeiros em associações sindicais e profissionais;
- 2 – uma abertura constante à influência externa do desenvolvimento da Enfermagem, quer na formação de enfermeiros, quer na participação em associações internacionais (ex: OMS, ICN);
- 3 – as alterações político-sociais decorrentes da revolução de Abril de 1974 – que destituiu um longo regime opressivo, totalitário, por um regime gerador de valores como a liberdade, a igualdade, o direito à livre expressão – reforçaram a vertente reivindicativa dos sindicatos de Enfermagem.

Esta alteração político-social, associada ao aumento da consciência profissional colectiva, foi facilitadora de um percurso de desenvolvimento que permitiu, por exemplo, que Portugal fosse o primeiro país europeu a seguir a recomendação da OMS no sentido que a Enfermagem deveria ter um só nível de formação.

Em 1974, havia cerca de 15 mil auxiliares de Enfermagem e 3 mil enfermeiros, pelo que a decisão assumida nessa altura foi de pôr termo à formação de auxiliares e proporcionar aos existentes uma formação complementar (curso de promoção para efeitos de transição). Esta consciência profissional reivindicativa facilitou mais tarde, em 1988, a integração da formação de Enfermagem no sistema de ensino, ao nível do Ensino Superior Politécnico.

Dado que a maioria dos enfermeiros exercia funções no Sector Público, estas mudanças conduziram também à negociação de carreiras profissionais onde, no âmbito da avaliação do desempenho, era introduzida a questão da qualidade dos cuidados de Enfermagem, em matéria de regulação.

A publicação do REPE, em 1996 – o primeiro documento legal que regula o exercício profissional, independentemente do contexto jurídico-constitucional onde o enfermeiro desenvolve a

sua actividade – visa garantir não só a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas da Enfermagem, mas também proporcionar aos cidadãos cuidados de Enfermagem de qualidade. Assim, foram clarificados os conceitos de enfermeiro e enfermeiro especialista e foram caracterizados os cuidados de Enfermagem, bem como a natureza das intervenções direitas e deveres dos enfermeiros, explicitando o seu mandato social.

A criação da OE foi o culminar destas alterações no sentido da auto-regulação da prática de Enfermagem, adoptando o desígnio de promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados, regular e controlar a prática da Enfermagem, garantindo o respeito pelas regras de ética e deontologia profissional.

Por esta razão, a OE, no seu primeiro mandato e através do Conselho de Enfermagem, deu prioridade à concepção de um projecto de definição dos padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem. Fê-lo tendo presente que, apesar da Qualidade em Saúde não resultar apenas do exercício profissional dos enfermeiros, este não pode ser negligenciado ou deixado invisível nesta procura.

Fases da definição dos padrões de qualidade

1.ª fase

Antes da criação da OE, os enfermeiros portugueses desenvolveram alguma reflexão no âmbito da qualidade dos cuidados, nomeadamente no âmbito da avaliação do desempenho e no contexto de um trabalho realizado, em Abril de 1995, pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), com a colaboração das associações profissionais de enfermeiros. Internacionalmente entendeu-se como relevante analisar os percursos seguidos por associações estrangeiras, designadamente, o trabalho realizado pela *Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*, a *American Nurses Association* e o *Royal College of Nursing*.

2.ª fase

Em 2000 foram definidas, pelo Conselho de Enfermagem, as primeiras versões do Enquadramento Conceptual e dos Enunciados Descritivos. Estes documentos surgiram na sequência de

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

ampla reflexão não só do Conselho de Enfermagem, mas também dos Conselhos de Enfermagem Regionais e das Comissões de Especialidade, concretizando reuniões alargadas dentro dos Órgãos Sociais da OE.

3.ª fase

Posteriormente, estas versões foram validadas por mais de 800 enfermeiros oriundos dos vários contextos de prestação de cuidados, no âmbito de parcerias entre a OE e uma amostra de 25 unidades de cuidados, representativa dos serviços de saúde portugueses (hospitais públicos e privados, centrais, distritais, e especializados; centros de saúde de áreas urbanas e rurais, Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS, lares de idosos e centros de apoio a toxicodependentes) e também de Escolas Superiores de Enfermagem.

Neste trabalho, que durou vários meses, realizaram-se várias reuniões com os enfermeiros, nas quais se discutia o enquadramento conceptual a partir das situações do quotidiano. Este debate tinha por base necessidades e problemas identificados nos contextos definidos por alguns indicadores em cada uma das categorias dos enunciados descritivos.

4.ª fase

Foi apresentada uma síntese do trabalho desenvolvido no I Congresso da OE, realizado em Dezembro de 2001, da qual resultou a produção do Enquadramento Conceptual e dos Enunciados Descritivos que constituem os Padrões de Qualidade da Enfermagem em Portugal. Estes viriam a ser divulgados a todos os enfermeiros.

Da necessidade de um quadro conceptual à definição dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão. Pretende-se que venham a constituir-se num instrumento importante que defina



o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

Os cuidados de Enfermagem

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou com um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer o enfermeiro, quer as pessoas-clientes dos cuidados de Enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, que são fruto das condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, numa perspectiva multicultural, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa-cliente.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

Os cuidados de Enfermagem visam a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto,

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

procura-se: prevenir a doença e promover os processos de readaptação; a satisfação das necessidades fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida; a adaptação funcional aos défices e a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Os cuidados de Enfermagem ajudam a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem sob a forma de aumento do repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde.

As intervenções de Enfermagem são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de Enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às primeiras, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Já em relação às segundas, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão são identificadas as necessidades de cuidados de Enfermagem. Depois da identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e a resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias

orientadores da boa prática de cuidados de Enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de Enfermagem. Os enfermeiros sabem que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o seu exercício profissional requer sensibilidade para lidar com essas diferenças.

Os enunciados descritivos

O enquadramento conceptual constitui-se numa base de trabalho da qual emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional e integram os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de Enfermagem.

Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes (cf. Bednar, 1993), quer relativamente ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 1993).

Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas a:

- satisfação dos clientes,
- promoção da saúde,
- prevenção de complicações,
- bem-estar e ao autocuidado dos clientes,
- readaptação funcional, e
- organização dos serviços de Enfermagem.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos constituem-se como enunciados descritivos de qualidade, que **traduzem prioridades**, que estruturam e orientam o exercício profissional dos enfermeiros na medida em que:

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- proporcionam a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações do quotidiano no contexto de acção;
- orientam a tomada de decisão;
- evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados de Enfermagem;
- permitem definir indicadores de qualidade, para responder ao desafio da melhoria contínua dos resultados através da reformulação dos processos utilizados, introdução de novos processos e abandono de processos em que se provou não terem qualquer eficácia.

Implementação dos padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem nas instituições de saúde.

Em 2005, a Ordem dos Enfermeiros propôs a criação de um grupo de trabalho com o objectivo de implementar o Projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem / Sistemas de Informação e Comunicação em Enfermagem.

Os Padrões estavam definidos, mas era necessário que os enfermeiros se apropriassem do Enquadramento Conceptual e dos Enunciados Descritivos de qualidade, a fim de identificarem um conjunto de indicadores que possibilitasse às instituições a implementação de um sistema de melhoria contínua de qualidade. O grupo foi constituído por duas enfermeiras coordenadoras e cinco enfermeiras representantes de cada Secção Regional da OE – Norte, Centro, Sul, Açores e Madeira. O desenvolvimento do projecto foi planeado por este grupo e a responsabilidade da implementação ficou a cargo de cada uma das secções regionais.

Este percurso iniciou-se com a sensibilização dos Órgãos Sociais. Em seguida, realizaram-se seminários dirigidos aos enfermeiros e Escolas Superiores de Enfermagem para divulgação dos Padrões de Qualidade, informação e clarificação do projecto.

Finalmente, e com o mesmo objectivo, este grupo reuniu-se com os enfermeiros-directores e, em simultâneo, apresentou a proposta de adesão ao projecto, identificando, para tal, alguns pressupostos, nomeadamente a criação de uma bolsa de formadores para a qualidade, na razão de um para cada 100 enfermei-



ARQUIVO OE

ros existentes na instituição, e ainda o perfil que estes futuros formadores deveriam apresentar.

Estabeleceu-se, com as instituições que demonstraram interesse em aderir, parcerias formalizadas através da celebração de protocolos com órgãos de gestão estratégica. A OE comprometeu-se a formar estes colegas e a acompanhar / avaliar o desenvolvimento do projecto. As instituições comprometeram-se a disponibilizar tempo a estes futuros formadores, a fornecer as condições logísticas necessárias e ainda a envolver os professores de Enfermagem nas unidades onde estivessem a decorrer ensinamentos clínicos. As expectativas para estes futuros formadores eram o desenvolvimento do projecto no seu quotidiano e com os colegas, a disseminação dos Padrões de Qualidade, a definição dos indicadores de qualidade e, por fim, o desenvolvimento de programas de melhoria contínua.

A OE propôs, ainda, aos futuros formadores institucionais, uma metodologia de implementação.

Avaliação do projecto: impacto e resultados

Seguidamente, apresentam-se os principais resultados do Projecto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal, até à data (Maio de 2007).

Relembrando as suas etapas, a primeira iniciou-se em 2005 e a segunda este ano (2007). O projecto está disseminado em todo

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

o País e, na sua primeira etapa, 70 instituições assinaram o protocolo com a OE para o implementar. Destas, 62 eram instituições de saúde e oito eram Escolas Superiores de Enfermagem. Das instituições de saúde, 73% correspondiam a hospitais e 27% pertenciam aos Cuidados de Saúde Primários.

Foram formados, no âmbito do projecto, 178 enfermeiros, entre Novembro de 2005 e Junho de 2006, durante nove encontros, cada um com a duração de sete dias, num total de 2646 horas. 72% das instituições implementaram o projecto conforme a metodologia sugerida pela OE e, em 88% das mesmas, os departamentos de formação estiveram envolvidos no processo. Foram realizadas cerca de 352 acções de formação em 96% das instituições. No entanto, 4% das restantes ainda não iniciou o projecto.

Esta iniciativa já abrange 76% dos serviços nas instituições onde está em curso, e envolve 7058 enfermeiros, que representam 60% do total de enfermeiros destas instituições. Destes, 7% têm responsabilidades de gestão. Em 16% destas instituições, existe a colaboração das Escolas Superiores de Enfermagem.

Os principais resultados referidos na reflexão sobre o enquadramento conceptual e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram: maior conhecimento; melhoria da prática clínica e relação com clientes; melhoria no processo de tomada de decisão; partilha de experiências e ideias; elevação da identidade, visibilidade e representação social da profissão; estabelecimento de prioridades; ganhos de motivação.

Em 19 instituições (27%) foram desenvolvidos 71 programas de melhoria contínua da qualidade, principalmente nas seguintes áreas: dor – avaliação e controlo; úlceras de pressão; autocuidado; cuidados domiciliários; referência, admissão e alta de clientes; controlo de infecção; cuidados continuados; quedas; enfermeiro de referência; lesões por picada de agulha.

Foram identificados, pelas equipas de Enfermagem, ganhos sobre os seguintes programas: dor – avaliação e controlo; registos de Enfermagem; implementação da CIPE/SAPE; comunicação profissional; gestão e avaliação de cuidados de Enfermagem; cuidados continuados; segurança.

As principais dificuldades sentidas foram: escassez de enfermeiros; a não implementação de um sistema informatizado de formação em Enfermagem; construção de programas de melho-



ARQUIVO OE

ria contínua da qualidade; elevada mobilidade de enfermeiros nos locais de trabalho; baixos níveis de motivação e satisfação das equipas de Enfermagem.

Relativamente às Escolas Superiores de Enfermagem, apresentam-se alguns resultados: 82 professores estão envolvidos; 1779 estudantes de Enfermagem participaram no projecto (83%); em todas as escolas, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram divulgados e incluídos nos planos de estudo; colaboração com 36 serviços de prática clínica; identificação de ganhos decorrentes da reflexão sobre os Padrões de Qualidade; observadas mudanças nos sistemas de informação em Enfermagem; algumas dificuldades em trabalhar com a CIPE.

Em Março de 2007 iniciou-se a segunda etapa do projecto. Até ao momento, 44 instituições já manifestaram interesse em aderir ao projecto e mais 105 enfermeiros foram formados.

Finalmente, 46% dos enfermeiros portugueses, de um total de 51 167, estão potencialmente envolvidos no projecto.

A qualidade não é o destino, mas o caminho...

Juntos, acreditamos no nosso sonho e no nosso trabalho. Estamos no caminho certo e certamente alcançaremos os melhores cuidados de Enfermagem para os nossos cidadãos. Contudo, não poderemos esquecer que a excelência do exercício profissional nunca é acidental. Ela exige sempre compromisso, dedicação e um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

O tema «A Educação em Enfermagem Em Portugal» foi apresentado em duas sessões distintas, por dois dos autores deste trabalho. O Enf.º Hélder Pereira fez a apresentação no dia 31 de Maio, em francês. A Enf.ª Lucília Nunes foi prelectora numa sessão no dia 1 de Junho, em inglês.

31 de Maio e 1 de Junho

A Educação em Enfermagem em Portugal

Enf.º Hélder Pereira

Secretário do Conselho Directivo Regional da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros em 2007 – Prelector em Yokohama

Enf.ª Lucília Nunes

Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros em 2007 – Prelectora em Yokohama

Enf.ª Mara Rocha

Vogal do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Norte em 2007

Enf.ª Maria do Céu Barbieri

Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção em 2007



ARQUIVO OE

O percurso da educação em Enfermagem em Portugal é marcado por um conjunto de reformas que conduziram a um único nível de formação dos enfermeiros (em 1975) e, posteriormente, pela integração do ensino de Enfermagem (1988) no sistema de Ensino Superior português ao nível do subsistema politécnico. Tendo em conta as reestruturações operadas na educação em Enfermagem esta comunicação pretende: i) apresentar e perspetivar a formação graduada e pós-graduada, ii) analisar os reflexos da Educação em Enfermagem na prática profissional, e, iii) discutir os desafios de Bolonha e as suas repercussões profissionais no contexto português.

A partir da integração da educação em Enfermagem no sistema

Nacional de Ensino Superior, os enfermeiros passam a aceder aos programas de mestrado e doutoramento. Este contexto conduz a um cenário em que se cruzam o percurso da evolução das especialidades em Enfermagem (que remontam aos anos 70) e as perspectivas de desenvolvimento de formação pós-graduada em Enfermagem. Por outro lado, é expectável que uma formação de nível superior promova o exercício autónomo da Enfermagem e que esse exercício retro-alimente a formação – articulação que interessa analisar.

Neste contexto são, ainda, incontornáveis os desafios colocados por Bolonha, no âmbito da reforma Ensino Superior Europeu. Tendo por base um novo paradigma de Educação em En-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

fermagem – assente numa lógica de desenvolvimento profissional e de aprendizagem ao longo da vida – será dado especial relevo à apresentação da tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre esta matéria, essencialmente no que respeita à sua articulação com o quadro de referência do ICN para os enfermeiros de Cuidados Gerais.

O contexto: educação em Enfermagem em Portugal pré e pós-graduada

Na década de 60, os movimentos de agitação estudantil universitária, a alteração da escolaridade obrigatória (1964) e alterações na sociedade portuguesa poderão ter potencializado a publicação de legislação¹ que possibilitaria a reestruturação do ensino da Enfermagem (1965). Com esta reorganização, mantém-se os três anos de duração para o Curso Geral de Enfermagem, mas há um aumento da qualificação de base necessária para o ingresso no curso, passando a ser exigido o 2.º Ciclo do Liceu (nove anos de formação). A nível curricular, salientam-se os conteúdos relacionados com a disciplina de Enfermagem, em detrimento de uma abordagem centrada nos aspectos médico-patológicos, aspectos mais valorizados, até então. Por sua vez, os enfermeiros assumem o controlo da sua formação: a direcção das escolas de Enfermagem é transferida para os enfermeiros e os docentes de Enfermagem assumem a leccionação de componentes teóricas da formação, não se limitando, já, à transmissão de um saber meramente conotado com o nível técnico de execução.

O início da década de 70, é marcado pela democratização do Ensino Superior em Portugal (conhecida como reforma Veiga Simão – 1973). Novas escolas de Enfermagem são criadas em quase todas as capitais de distrito do país, vocacionadas, porém, para a formação de auxiliares de Enfermagem. Ainda em 1973, no decurso do I Congresso Nacional de Enfermagem organizado pela então Federação dos Sindicatos Nacionais de Enfermagem, pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, reivindica-se à tutela

(Ministério da Saúde e Assistência) que o ensino de Enfermagem passe a estar integrado no Sistema Educativo Nacional.

Em 1975, o curso de auxiliares de Enfermagem (criado para suprir a carência de enfermeiros), foi extinto na sequência das mudanças sociopolíticas ocorridas no país.

A decisão de um único nível de formação criou uma etapa de transição de 10 anos, quer para este tipo de profissionais, quer para outros então existentes, designadamente, na área de Enfermagem Obstétrica, Psiquiátrica e de Saúde Pública. Os enfermeiros portugueses passam a ser os únicos na Europa a manterem um único nível de formação inicial, o que promove uma nova caminhada na identidade dos cuidados de Enfermagem.

A década de 80 é marcada pela sedimentação dos processos de formação especializada em Enfermagem, pela criação das Escolas Pós-básicas de Enfermagem, nas principais cidades do país (Lisboa, Porto e Coimbra) e pela integração do ensino da Enfermagem no contexto do Ensino Superior. Em 1988, o ensino de Enfermagem é integrado no Ensino Superior Politécnico, o que implicou uma série de alterações com reflexos na década de 90. Passa a ser obrigatório o 12.º ano para acesso ao curso; são atribuídas equiparações ao grau de bacharel e ao grau de licenciado; potencia-se o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina científica e é assegurada a autonomia pedagógica, técnica e científica das Escolas de Enfermagem, que transitam para a tutela do Ministério da Educação, hoje, Ministério da Ciência e Ensino Superior.

Em 1999, o Curso de Enfermagem passa a ser uma licenciatura de ciclo único, com quatro anos de duração. Estes cenários viriam a possibilitar a criação dos mestrados em Enfermagem, e mais recentemente, dos doutoramentos em Enfermagem.

Educação, processo de Bolonha e prática profissional

Paralelamente à evolução da formação em Enfermagem, novas conquistas se verificam no campo da profissão e da sua autonomia. A publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros² veio regulamentar a profissão, clarificando concei-

¹ Decreto 46:448 de 20 de Julho de 1965.

² Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

tos, intervenções e funções, bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros.

O percurso profissional e formativo da classe é determinante para a criação de uma Ordem Profissional. Decorridos apenas dois anos (1998), assiste-se à criação da Ordem dos Enfermeiros³, com poderes de regulação da profissão.

Além do REPE e do Código Deontológico da Profissão, a OE, preocupada com a criação de referenciais da profissão, emanou dois documentos estruturantes, os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*⁴ e as *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*⁵ que, podemos considerar como essenciais, na construção do perfil de saída dos graduados dos cursos de Enfermagem.

Recentemente, com a adesão ao Processo de Bolonha, novos desafios se colocam à educação em Enfermagem. Neste cenário, reflectir sobre a Educação em Enfermagem significa atender não só à dimensão formativa e disciplinar, mas também à sua vertente profissional e aos respectivos enquadramentos no sistema de ensino e no sistema profissional nacionais.

A Enfermagem portuguesa tem sido pioneira e, como tal, uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência do percurso e à qualidade na formação de enfermeiros, assim como ao desenvolvimento e autonomia da profissão. O nosso percurso evidencia a preocupação de uma formação de base generalista que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada, que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par com um forte investimento no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e na investigação.

As questões relacionadas, com a adopção de um sistema compreensivo e comparável de graus a nível europeu, a definição do ciclo a que corresponde a formação em Enfermagem e a mobilidade no espaço europeu, têm sido questões sensíveis em debate no país. Nesse contexto, a OE tem vindo a desenvolver a discus-



são e a reflexão sobre estas matérias, tendo emitido a sua tomada de posição por diferentes ocasiões (2006, 2007).⁶

No contexto da regulamentação da Lei de Bases, o ensino de Enfermagem – no conjunto das profissões reguladas da saúde – será uma excepção, a nível do 1.º ciclo, com 240 créditos. De facto, para todas as outras profissões reguladas da área da saúde, em Portugal, a opção tomada é a da formação ao nível de um mestrado integrado. E essa é também a posição da OE, no que respeita à formação em Enfermagem em Portugal, dado que os descritores do 2.º ciclo de estudos, tal como entendidos pelo Processo de Bolonha, têm uma clara correspondência às condições do grau de licenciatura no quadro da anterior lei de bases e, na actual prática da formação inicial dos enfermeiros, como, de resto, o desenvolvimento científico e tecnológico da profissão o exige.

De facto, existe uma correspondência inequívoca entre as condições a serem demonstradas pelos estudantes no final do 2.º

³ Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

⁴ Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2001.

⁵ Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. 2003.

⁶ http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/79_OSs_2007_Doc_Enqto_Bolonha_OE_VF.pdf; http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/LeiBases_Maio06.pdf.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

ciclo com os quadros legislativos e conceptuais de suporte ao exercício da profissão.

A formação inicial em Enfermagem, deverá garantir a aquisição de competências profissionais de acordo com o quadro de referência da profissão, aprovado pela OE em 2002, habilitando para o exercício autónomo e possibilitando o desenvolvimento subsequente de competências.

Ao considerar o ensino universitário, como (e citamos a Lei de Bases), «orientado por uma constante perspectiva de promoção de investigação e de criação do saber, visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de actividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica»⁷, a OE considera que, a formação em Enfermagem deve evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário, dado que esta caracterização no momento actual se lhe aplica.

A legislação portuguesa que estabelece a estrutura e graus no Ensino Superior Português⁸, distinguindo universidades e politécnicos, no âmbito da estrutura de qualificação, vem definir que o ciclo de estudos integrado conducente ao grau de mestre fica afecto apenas às universidades. No contexto actual, em que o ensino da Enfermagem se realiza no âmbito do subsistema politécnico do Ensino Superior Português, urge reanalisar o enquadramento jurídico que rege o enquadramento das actuais Escolas Superiores de Enfermagem / Saúde, de forma a poder permitir as necessárias alterações.

Síntese

- 1) No decurso dos últimos 50 anos, há um percurso de história na Enfermagem portuguesa marcado por uma profunda transformação no que toca ao trajecto de valorização profissional, sendo que tal se tem reflectido (e retro-alimentado) nas alterações produzidas no campo da sua formação.
- 2) Na educação em Enfermagem em Portugal, aspectos como (i) a assunção do controlo da formação, na década de 60; (ii) a adopção de um nível único de formação para a prestação de cuidados de Enfermagem, na década de 70; (iii) a sedimentação da formação especializada e a integração no sistema de Ensino Superior Português, na década de 80; (iv) ou a definição do curso de licenciatura como requisito mínimo para o ingresso na profissão e a criação de oferta de formação pós-graduada ao nível de mestrado e doutoramento, na década de 90, podem ser considerados os marcos de referência por onde pode ser lida e analisada a história recente da Educação em Enfermagem.
- 3) No momento actual (Maio de 2007), a Ordem dos Enfermeiros entende que: (i) dado o processo evolutivo de formação em Enfermagem após a sua integração no Ensino Superior, só uma formação de acordo com os descritores do 2.º Ciclo se adequa às exigências vigentes entre nós desde 1999, no respeito pelas competências expressas no quadro legal que regula o ensino de Enfermagem; (ii) e que, a formação em Enfermagem deve evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário Português.

⁷ Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto, n.ºs 3 e 4.

⁸ Decreto-Lei n.º 74/2006a de 24 de Março.



C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

31 de Maio

O enfermeiro e o consentimento informado em menores de idade

Enf.º Alberto Duarte

Presidente do Conselho Jurisdicional Regional dos Açores em 2007

As intervenções efectuadas no âmbito da Enfermagem requerem um prévio consentimento informado por parte dos clientes, quer essa decisão seja da responsabilidade dos próprios, ou de outros, como acontece na situação dos menores de idade.

Um consentimento informado válido exige determinadas competências que alguns menores poderão ainda não possuir. Assim, a intervenção do enfermeiro deve ir no sentido de promover a participação do menor neste processo de acordo com o seu grau de maturidade. Quando a obtenção do consentimento não for possível, o enfermeiro deverá obter do menor um assentimento informado.

A imaturidade cognitiva que caracteriza os menores de idade durante um longo período desta fase do ciclo vital, pode limitar a compreensão da informação que envolve determinado procedimento na área da saúde e também a capacidade de avaliar o alcance e consequências que podem resultar de determinadas decisões, aspectos fundamentais no âmbito do consentimento informado. Estas limitações torna os menores de idade vulneráveis neste domínio o que exige por parte dos enfermeiros uma particular e redobrada atenção. Impõe-se assim uma prática assente numa análise e reflexão casuísticas cuidadas tendo por base algumas perspectivas diferentes, mas complementares e que importa considerar: uma **exigência ética**; uma **obrigatoriedade jurídica**; uma **responsabilidade profissional** e uma **responsabilidade deontológica**.

Quando falamos de **exigência ética**, podemos identificar cinco princípios que nos parecem fundamentais salvaguardar: o da dig-



ARQUIVO OE

nidade humana; o da autonomia; o do superior interesse do menor; o da vulnerabilidade e o da responsabilidade partilhada.

No que diz respeito à **obrigatoriedade jurídica**, é importante considerar que existe um conjunto de diplomas legais quer a nível internacional, quer a nível nacional que visam operacionalizar os princípios anteriormente enunciados e que é fundamental que o enfermeiro mobilize no decurso da sua prática profissional com o intuito de salvaguardar os mais elementares direitos dos menores de idade.

Ressaltaríamos a Declaração Universal dos Direitos do Homem; a Convenção dos Direitos da Criança; a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina; o Código Civil e o Código Penal portugueses.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

No que concerne à **responsabilidade profissional**, é fundamental que o enfermeiro reflecta sobre o seu quotidiano profissional e actue tendo como referência alguns documentos orientadores das boas práticas em Enfermagem.

A nível internacional, o ICN tem elaborado algumas tomadas de posição que se relacionam com questões em torno da informação e do consentimento informado, de onde sublinharíamos três: *Health Information: Protecting Patient Rights* (2000); *Patient Safety* (2002) e *Informed Patients* (2003).

Em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros refere o seguinte, no Artigo 8.º relativo ao exercício profissional dos enfermeiros: «No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos», o que significa que os enfermeiros na sua prática profissional devem estar especialmente atentos à salvaguarda dos direitos dos clientes, nomeadamente nas questões relacionadas com o consentimento informado em menores de idade. Em matéria de consentimento informado, a Ordem dos Enfermeiros elaborou recentemente, em 2007, uma tomada de posição especificamente direccionada para o consentimento informado em cuidados de Enfermagem e que importa ter em atenção como documento orientador das boas práticas dos enfermeiros portugueses.

Quanto à **responsabilidade deontológica**, o enfermeiro tem o dever de cumprir um conjunto de regras que têm como objectivo primacial salvaguardar os direitos dos clientes que são alvo das intervenções no domínio da Enfermagem.

A nível internacional o Código Deontológico do ICN refere que os enfermeiros devem «dar a informação suficiente para permitir o consentimento informado e o direito a aceitar ou recusar um determinado tratamento».

Em Portugal, o Código Deontológico do Enfermeiro enuncia alguns deveres que devem ser respeitados pelos enfermeiros no intuito de salvaguardarem os direitos dos menores em matéria de consentimento informado de onde sublinharíamos o Artigo 78.º dos

princípios gerais que refere no n.º 1 que «As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro»; o Artigo 81.º dos valores humanos o qual prescreve que o enfermeiro observa os valores pelos quais se regem os indivíduos e assume o dever de «b) salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso» e o Artigo 84.º relativo ao dever de informação no qual se pode ler que «No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem».

O âmago do consentimento informado radica numa relação de confiança e respeito entre clientes, família e profissionais de saúde, com o objectivo de preservar e proteger os direitos das pessoas, evitando atitudes de paternalismo, manipulação e dependência. No que se refere ao consentimento em menores de idade, em específico, é importante não esquecer que cabe aos pais e aos profissionais de saúde, em complementaridade, a função de promoverem sempre o bem integral daqueles.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

31 de Maio

Ética e valores perante o Final de Vida

Enf.^a Lucília Nunes

Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros em 2007

O Final de Vida envolve muitas vertentes que têm de ser consideradas, incluindo questões éticas, legais e as práticas profissionais.

Na perspectiva da Enfermagem, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como princípio fundamental, pois «as intervenções em Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro» (artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). E, em Portugal, os enfermeiros têm deveres para com o doente terminal, igualmente previstos no Código Deontológico (artigo 87.º).

Sendo a morte uma realidade biológica universal, ocorre em qualquer momento da vida pela finitude e pela precariedade própria do ser humano – a morte faz parte da vida e é imperativo conferir qualidade e dignidade ao processo de morrer. Nos últimos decénios, estabeleceu-se a noção de que há muito a fazer do ponto de vista do acompanhamento e dos cuidados, quando nada existe a fazer do ponto de vista do tratamento e da cura – o objectivo dos cuidados é paliar e preservar a dignidade humana. Aos **enfermeiros** compete proporcionar acompanhamento e suporte, havendo uma preocupação efectiva em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados básicos e paliativos, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional.

Associadas ao Final de Vida, existem temáticas como a eutanásia, a distanásia, a decisão de não reanimação. Reservamos a expressão **eutanásia** para a acção que tem como primeira e principal consequência a interrupção deliberada da vida de al-



ARQUIVO OE

guém, que se encontra próximo da morte ou numa situação irreversível, e que pede a morte.

Por **distanásia** entende-se o prolongamento do tempo de morrer, através da utilização de meios de tratamento desproporcionados ou inúteis. Alguns autores utilizam, a propósito, o conceito de «encarniçamento terapêutico».

A **abstenção de terapêuticas inúteis**, ou seja, a decisão de não iniciar ou de interromper tratamentos que não trazem benefício para o doente e que, pelo contrário, implicam desconforto e sofrimento é um dever ético, fundamentado no princípio da não-maleficência e da justiça; de facto, trata-se de uma boa prática. Considera-se não existir diferença ética relevante entre não aplicar uma terapia que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil quando a pessoa se encontra incursa num processo que, segundo o conhecimento actual, levará à morte. Assim, não se determina o encurtamento ou suspensão da vida – suspendem-se tratamentos artificiais, desproporcionados –, deixando de prolongar artificial e inutilmente a vida.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

A Ordem dos Enfermeiros (Conselho Jurisdicional) emitiu um parecer cujos pontos relevamos, e uma síntese da respectiva fundamentação.

1 – Os enfermeiros assumem a protecção da vida e da qualidade de vida, incluindo no ciclo vital o processo de morrer.

Excluem-se as posições extremadas, como a eutanásia e a distanásia. A abstenção de acções, em determinadas situações, pode não ser contrária à ética: quando tal ocorre por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boa prática, isto é, abstenção de tratamentos inúteis que se traduz na acção ética de recusar a obstinação terapêutica.

2 – A Ordem dos Enfermeiros defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma acurada informação que permita tomar decisões, consentir ou recusar projectos terapêuticos que lhe são propostos.

O consentimento é um dos aspectos básicos da relação entre os enfermeiros e os clientes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável. A recusa de tratamento encontra-se na situação de «recusa livre e esclarecida», em contraponto ao consentimento livre e esclarecido; ou seja, decorre da autonomia de cada pessoa, de decidir livremente aceitar ou recusar a proposta de tratamento ou terapêutica que lhe é feita; e se a pessoa, no exercício do direito à autodeterminação, recusa um tratamento estando esclarecida das consequências e competente para decidir, e se desta recusa resulta abreviar a vida, esta não é uma acção positiva no sentido de tirar a vida mas de não intervir, simplesmente.

3 - Advoga-se o direito do cliente decidir face às opções possíveis, sendo que a sua vontade, competente, livre e esclarecida, deve ser respeitada pelos enfermeiros. Advoga-se, assim, o direito a recusar tratamento, considerando que quando uma pessoa declina tratamento, o cuidado de Enfermagem está e mantém-se sempre disponível.

Os cuidados de Enfermagem podem ser configurados como uma

extensão e uma substituição daquilo que as pessoas não conseguem assegurar por si próprias ou lhes é assegurado por aqueles que os cercam. Sendo certo que aos enfermeiros compete a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, daí decorre que acompanhamos as pessoas, as famílias e os conviventes significativos nos processos de morrer, respeitando «as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa» (artigo 81.º, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). O consentimento / dissentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo. O respeito pela autonomia da pessoa implica, também, o respeito pela sua decisão de ser substituída na decisão, e o consequente respeito pela decisão do substituto que o doente indicar.

4 – Encoraja-se a uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta à pessoa no Final de Vida, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte, básicos e paliativos apropriados e efectivos, designadamente no alívio da dor e no controle dos sintomas, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional.

5 – Em concordância com a posição expressa e no sentido da valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes terminais, a Ordem dos Enfermeiros assumirá um papel activo na promoção dos cuidados de Enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos, ao nível da formação ao longo da vida e na visibilidade das práticas nos cuidados prestados no internamento, ambatório e domicílio.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho

Preparação dos enfermeiros para lidar com o inesperado – aprendizagem por resolução de problemas – a sua importância na educação em Enfermagem

Enf.^a Cidalina Abreu

Vencedora do 2.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros

Na profissão de Enfermagem, é importante saber-se lidar com situações inesperadas e, para melhor o conseguirmos, o processo de ensino / aprendizagem deverá não só concentrar-se na metodologia tradicional, mas numa metodologia activa baseada na aprendizagem por resolução de problemas.

Na metodologia tradicional, o ensino é centrado no professor. Este é o transmissor do conhecimento, os estudantes são receptores passivos da informação e são, posteriormente, submetidos a testes de avaliação que fazem apelo à memorização, as situações-problema são bem estruturadas e com respostas objectivas. Por outro lado, na metodologia de aprendizagem por resolução de problemas, as actividades são centradas no estudante, têm de resolver uma situação-problema não estruturada e sem uma resposta clara e objectiva (Peterson, 2004) e os tutores são considerados como facilitadores no processo de aprendizagem.

Assim, a metodologia activa a que nos referimos consiste em desenvolver uma aprendizagem autónoma que fornece aos estudantes uma prática em analisar uma situação-problema (de tipo *puzzle*), definindo as lacunas existentes relativamente à situação-problema, compreendendo o contexto apresentado e conseguindo uma resolução adequada para o mesmo. Contudo, torna-se relevante motivar os estudantes a identificarem, clarificarem e a procurarem os conceitos e os princípios norteadores de que necessitam de saber para trabalhar a situação-problema (Duch, Groh & Allen, 2001; Hmelo-Silva, 2004; Brownell & Jameson 2004; Peterson 2004).



ARQUIVO DE

Deste modo, para atingir o objectivo de saber lidar com o inesperado, os estudantes de Enfermagem poderão ser treinados em salas de aulas pelos respectivos tutores. Estes apresentam-lhes uma situação-problema e, confrontados com a situação, terão de identificar, em grupo, o problema, clarificar os conceitos, questionar acerca do que sabem do assunto, pesquisar e, posteriormente, identificar possíveis soluções usando todo o conhecimento, toda a criatividade e todo o pensamento crítico para a resolução do mesmo (Brownell & Jameson 2004; Peterson, 2004).

Após esta breve contextualização teórica sobre a aprendizagem por resolução de problemas, vamos fazer uma síntese conclusiva de uma experiência pluridisciplinar e multicultural que surgiu de um Projecto Intensivo (IP) intitulado «Fórum Europeu Pluridisciplinar», desenvolvido pela *Haute Ecole Namuroise Catholique* (HENaC), em Namur (Bélgica), em parceria com várias escolas da Comunidade Europeia, designadamente França (Lille, Valen-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

ciennes), Portugal (Coimbra), Finlândia (Seinajoki, Kemi-Tornio), Roménia (Bistria), Grécia (Thessalonique). Para atingirmos os objectivos do IP, tivemos de trabalhar durante os três anos em parceria com os diversos países europeus e com três disciplinas (estudantes de Enfermagem, de gestão de recursos humanos e de serviço social). Em cada ano, houve um encontro de estudantes e professores de duas semanas em que o primeiro foi em Namur (Bélgica), em 2005, o segundo foi em Kemi (Finlândia), em 2006, e o último foi em Coimbra, Portugal, em 2007.

Podemos referir que, neste projecto pluridisciplinar e multicultural, se desenvolveram competências educacionais, relacionais, comunicacionais e tecnológicas. Para além do desenvolvimento de outras competências, os estudantes com a aplicação desta metodologia, face a uma situação-problema, identificaram e mobilizaram conhecimentos prévios, adquiriram e desenvolveram novos conhecimentos, interligaram os conhecimentos prévios com os novos, participaram em discussões de grupo, tanto por disciplina (Enfermagem, serviço social e de recursos humanos), quanto no grupo pluridisciplinar e multicultural. Desenvolveram o pensamento crítico e reflexivo no confronto com as diferentes ideias, respeitaram a opinião dos outros, aprofundaram as competências linguísticas, desenvolveram a criatividade e o sentido da responsabilidade, autonomia e motivação bem como tomada de decisões. A aprendizagem à distância (*e-learning*) na plataforma designada por *Claroline* deverá ser um instrumento *on-line* a ser mais utilizado futuramente pelos estudantes e tutores na resolução de situações problema, e através desta via deverá haver uma dinâmica pluridisciplinar e multicultural enriquecedora para todos que dela fizerem parte. Com esta experiência, constatamos que a aprendizagem por resolução de problemas no contexto deste projecto intensivo foi bastante positiva para os estudantes, durante os três anos.

Em síntese, esta metodologia ajuda os estudantes de Enfermagem a serem mais reflexivos e, portanto, mais preparados para lidarem com situações imprevistas em contexto de ensino clínico. Deste modo, espera-se que, pela aplicação desta metodologia activa, os futuros enfermeiros (as) estejam melhor preparados para lidar com o inesperado.

Referências bibliográficas

BROWNELL, J.; JAMESON, D. A. (2004). **Problem-based learning in graduate management education: An integrative model and interdisciplinary application.** *Journal of Management Education*. Vol. 28, n.º 5, pp. 558-577.

DUCH, B.; GROH, S. & ALLEN, D. (2001). **The power of problem-based learning.** Sterling, Virginia, U.S.A.: Stylus.

HMELO-SILVER, C. E. (2004). **Problem-based learning: What and how do students learn?** *Educational Psychology Review*. Vol. 16, n.º 3, pp. 235-266.

PETERSON, T. O. (2004). **So you're thinking of trying problem based learning?: three critical success factors for implementation.** *Journal of Management Education*. Vol. 28, n.º 5, pp. 630-647.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho

Projecto Rapariga Urbana

Um ponto de situação do projecto português

Enf.º António Manuel V. Alves da Silva

*Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros e
Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais em 2007*

Em 2005, na sequência de uma decisão do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros (OE) iniciou-se em Portugal o projecto *Girl Child* (Rapariga Urbana). A replicação desta iniciativa do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses* – ICN) ficou a cargo da Comissão de Saúde Infantil e Pediátrica, que indicou a Enfermeira Madalena Ramos, para a coordenação do projecto.

Depois de ter sido dada luz verde ao Projecto Rapariga Urbana, a OE começou a conceber o projecto de forma a aplicá-lo à realidade portuguesa. Neste sentido, e de acordo com as orientações do projecto original, foram seleccionadas duas cidades para realização dos trabalhos: a capital, Lisboa, e uma cidade mais pequena e com características diferentes – Vila Real. Lisboa é uma cidade litoral e na região sul do país, de marcadas características urbanas, enquanto que Vila Real, está localizada no interior norte e tem ainda bem presente um forte traço de ruralidade.

A equipa de projecto foi construída tendo em consideração as opções já tomadas, os fins em vista, as capacidades existentes e os recursos necessários ao sucesso do projecto. Nesta medida, e porque o projecto tem uma forte componente de investigação, foram dirigidos convites às escolas de Enfermagem de Lisboa e de Vila Real para integrarem o grupo de projecto, tendo estas instituições nomeado investigadoras para esse efeito.

Este grupo iniciou então a fase exploratória de estudo da literatura existente (relatório preliminar da replicação do projecto na



ARQUIVO OE

Suécia) e da contextualização do Projecto Rapariga Urbana tal como foi concebido pelo ICN. Em consequência da fase exploratória, e para fazer face às necessidades antecipadas, foram acrescentados mais investigadores à equipa inicial. O plano de trabalho definido envolveu a selecção de escolas secundárias, a decisão de quantas raparigas participariam em cada um dos grupos e a marcação de datas para a realização dos *focus group*. Nesta fase foram definidas reuniões mensais da equipa de projecto. O orçamento previsional inicial foi adaptado às necessidades que foram surgindo.

O projecto começou a ser implementado em 2006 e começaram a ter de ser resolvidas as primeiras dificuldades. Assim, foi necessário fazer um aprofundamento da metodologia de recolha de informação utilizada no projecto – *focus group* – e o processo de obtenção de consentimento do Conselho Directivo de uma escola secundária em Lisboa foi muito difícil e demo-

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

rado. Para fazer face às dificuldades de gestão administrativa que se foram verificando foi decidido sediar o projecto na Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que a maioria dos membros da equipa do projecto eram oriundos desta Secção Regional. Houve ainda a necessidade de acrescentar mais investigadores de Lisboa à equipa de projecto.

As sessões de *focus group* foram realizadas em 2006/2007 e de uma forma geral foram muito participadas e dinâmicas. As discussões dos diferentes grupos revelaram vários temas e permitiram obter muito material para exploração futura. A equipa de projecto dedicou muito tempo e esforço na preparação destas sessões tendo para efeito concebido um «presente especial» para as raparigas que participaram nos grupos: uma camisola e uma mochila com material didáctico alusivas ao projecto.

Em Maio passado realizou-se uma reunião em foi feita uma avaliação global e ponto da situação do projecto e presente-

mente está-se a proceder à transcrição das sessões de *focus group*. Nesse encontro foi feito uma actualização do horizonte temporal da iniciativa, tendo sido na altura decidido que o relatório final seria entregue em Dezembro de 2007.



ARQUIVO OE

Projecto Rapariga Urbana – uma iniciativa do ICN

Foi o ICN quem, em 2001, decidiu iniciar um projecto global direccionado às raparigas do meio urbano que teve a designação de *The Girl Child Project: Mobilising Nurses for the Health of Urban Girls*, isto é, Projecto Rapariga Urbana: mobilização dos Enfermeiros para a Saúde das Raparigas Urbanas. O seu objectivo é alertar os enfermeiros – que, na maior parte dos países, são o maior grupo de prestadores de cuidados de Saúde – para o desenvolvimento mais saudável das jovens raparigas entre os 10 e os 14 anos que vivem nas grandes cidades. Estas têm menor probabilidade de serem imunes a doenças como o sarampo, diarreia e infeções respiratórias. Com frequência as raparigas chegam aos hospitais em piores condições de saúde do que os rapazes, não esquecendo que, em muitas culturas, elas sempre são as últimas a serem alimentadas. Esta negligência para com as

raparigas leva a problemas no crescimento e no aparelho reprodutor feminino.

Esta iniciativa combina pesquisa e desenvolvimento de políticas, analisa o discurso das jovens que, sendo que o produto dessa reflexão será depois utilizada na definição de políticas destinadas à promoção do desenvolvimento saudável das adolescentes.

Ao ICN cabe o papel de coordenar os diferentes Projectos Rapariga Urbana que são desenvolvidos em cada país, identificando semelhanças e diferentes entre as várias iniciativas. Além disso, cabe a esta instituição desenvolver esforços junto de organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde para darem passos no sentido da promoção da Saúde das Jovens raparigas entre os 10 e os 14 anos.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho

Redescobrir a prudência:
no lidar com o risco e na tomada de decisão éticaEnf.^a Lucília Nunes*Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros
em 2007*

Esta apresentação visa partilhar uma perspectiva sobre duas ideias, suficientemente novas para reclamarem a nossa atenção, e, ao mesmo tempo, ancoradas no pensamento ético antigo:

- (1) a perspectiva sobre a gestão do risco, vista da dimensão ética, que nos leva à
- (2) redescoberta da prudência, relacionada com o princípio da responsabilidade, precaução e prevenção, e associada à tomada de decisão nos e para os cuidados de Enfermagem.

A virtude, para os gregos, e de acordo com Arendt, não era avaliada pela realização, pela intenção do protagonista ou pelas consequências, mas pela forma como aparecia enquanto estava a agir. Por isso, afirma que «a virtude era o que chamamos virtuosidade», o brilho dos actos humanos, uma espécie de mérito intrínseco.

A prudência é a virtude que calcula o risco, que lida com a incerteza. Ocupa-se da escolha dos meios; assim, não reporta ao que é escolhido mas à regra da escolha; trata, se quisermos, da qualidade do critério. É uma forma de conhecimento, como as ciências e as artes, por isso situada entre as virtudes intelectuais. Corresponde à capacidade de estar sempre atento aos comportamentos, sendo que estes determinam responsabilidades a assumir.

S. Tomás de Aquino distinguiu três tipos de partes das virtudes cardinais: integrais, subjectivas e potenciais.

I – As partes integrais estão relacionadas com a virtude cardinal como o telhado, os alicerces e as paredes estão relacionadas com um edifício devem estar todas presentes para



ARQUIVO OE

qualquer acto completo ou perfeito da virtude. No caso da prudência, são oito:

- (i) **compreensão dos primeiros princípios** (*intelligentia*) significa que há um número de bens humanos para os quais cada pessoa está naturalmente inclinada, bens esses que são conhecidos pelo intelecto, são bens inteligíveis;
- (ii) **memória**, pois a prudência requer sensibilidade ao aqui e agora do mundo real das pessoas muita experiência, que é o resultado de muitas memórias;
- (iii) **docilidade em relação ao conselho de outros**, abertura da mente, o que requer o reconhecimento das próprias limitações e a prontidão em aceitar estes limites;
- (iv) **perspicácia** (*solertia*) é a capacidade de avaliar rapidamente uma situação e implica a capacidade de identificar pequenas pistas e de ajuizar com elas;
- (v) **raciocínio racional** (*ratio*), uma vez que uma pessoa tem de ser capaz de comparar as possibilidades alternativas e raciocinar bem, no percurso das premissas às conclusões;
- (vi) **a presciência** (*providentia*) é a parte principal da prudência e implica a ordenação dos actos humanos de acordo com o fim adequado, como uma espécie de «pré-visão»; vê-se mais ao longe e pode-se antecipar;

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- (vii) a circunspecção é a capacidade de considerar todas as circunstâncias relevantes e discernir quais são os actos adequados naquele momento;
- (viii) a cautela, que evita a maldade, provavelmente resultará de um bom acto que intentamos fazer.

As primeiras cinco partes integrais (compreensão dos primeiros princípios, memória, docilidade, perspicácia e raciocínio racional) pertencem à prudência, na dimensão cognitiva. As três últimas (a presciência, a circunspecção e a cautela) pertencem à prudência, na dimensão preceptiva ou de comando, isto é, à medida que se aplica a cognição à acção.

II. As partes potenciais são virtudes que compartilham algo em comum com a virtude cardinal, mas falham em satisfazer totalmente a definição formal. No caso da prudência, as partes potenciais são:

- (i) a boa deliberação (*euboulia*) diz respeito à rectidão da deliberação no modo e no tempo;
- (ii) o bom julgamento é um assentimento nos meios bons e convenientes; pode ter duas formas diferentes: (a) em matérias que se conformam com regras ordinárias (*synesis*), é o bom sentido comum na realização de juízos sobre o que fazer e sobre o que não fazer, em matérias sujeitas a regras comuns; (b) em matérias que pedem excepções a regras ordinárias (*gnome*), refere-se à habilidade de discernir e aplicar leis a matérias que caem fora do alcance das regras mais comuns ou mais básicas, que, tipicamente, guiam a acção humana; envolve o bom julgamento atendendo à excepção à regra.

Quando decidimos (de entre várias escolhas possíveis, optamos por uma), das duas uma: ou a situação real é comum (ordinária, neste sentido) ou a situação real é fora do comum e assim, no primeiro caso, o juízo rege-se pelas regras correntes e, no segundo caso, por princípios mais elevados, pois as regras comuns não se aplicam. Neste caso, falamos de excepção à regra, numa correcta consideração que distingue o equitativo (pois que adequado justamente à situação extraordinária).

Nós temos a responsabilidade do cuidado para com as pessoas e o futuro, a nível individual e colectivo. O poder da ciência e da tecnologia requer precaução, ligada à importância crescente do debate sobre o desenvolvimento sustentável, a gestão do risco e a avaliação das escolhas tecnológicas. A prevenção é relativa à gestão do risco, tal como a precaução é relativa à gestão da informação sobre a potencialidade do risco.

A prevenção refere-se a uma decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável – portanto, um conjunto de acções destinadas a evitar um evento danoso ou a advertir (informar, formar) eventuais vítimas. Estamos perante uma periculosidade estabelecida.

A precaução responde ao hipotético, ao imponderável num contexto de (maior ou menor) incerteza. Do ponto de vista geral, apela a acautelar um risco antes de, ou seja, a periculosidade é incerta, potencial, e não é o conhecimento que precede a acção. A incerteza é a pedra de toque da protecção devida a todas as pessoas por isso, é importante uma pedagogia do risco e uma injunção à responsabilidade política.

Reforce-se que, se existe algo que o enfermeiro faz com elevada frequência, é gerir processos de tomada de decisão. Portanto, de avaliação de alternativas e decisão sobre o que vai realizar. No processo de tomada de decisão – seja clínica, ética, estratégica, organizacional –, além da deliberação, é central o juízo que realiza ao escolher os actos (sendo que decidir não agir é ainda acto, mesmo que omissivo). A prudência é de tal modo relevante que nenhuma das outras virtudes, como a justiça ou a coragem, saberiam o que fazer sem ela – e nenhuma acção pode dispensá-la. Ocupa-se da escolha dos meios porque é necessário não apenas fazer alguma coisa mas fazê-la como deve ser, agir de acordo com uma escolha correcta.

A análise e o estudo da prudência podem ser contributos relevantes para a gestão do risco e para agilizar e flexibilizar os processos de tomada de decisão. Diria Ricoeur: «onde há poder, há possibilidade de dano, por isso é necessária a vigilância moral».

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho

Comunicação assertiva: uma estratégia para ajudar os enfermeiros a lidarem com os conflitos interpessoais

Enf.º Hugo Amaro

Vencedor do 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros

Investigações recentes na Enfermagem revelam a existência de um mal-estar existente no seio da profissão, relacionado com as relações interpessoais que os profissionais da Enfermagem estabelecem no seio da equipa multidisciplinar, mas principalmente com os utentes a quem prestam cuidados de saúde.

Actualmente, as novas linhas orientadoras dos cuidados de Enfermagem centralizam esta actividade no "cuidar". Contudo, de forma a atingir estes novos objectivos, os enfermeiros necessitam, inevitavelmente, de estabelecer relações interpessoais com os utentes e com a equipa multidisciplinar. De acordo com Atkinson & Murray (1989), 70% do dia de trabalho dos enfermeiros envolve directa ou indirectamente a comunicação, pelo que esta é, segundo Ferreira (2001) «o instrumento básico da interacção humana e permite aos profissionais da Enfermagem estabelecerem uma relação mais próxima como os utentes».

Jesus (2004; 2001) efectuou uma investigação utilizando como sujeitos de estudo profissionais da Enfermagem, em que 100% dos inquiridos referiram os conflitos interpessoais existentes em contexto profissional como a principal causa de stress ocupacional e *turnover*, referindo que «não existem receitas para garantir o sucesso do relacionamento interpessoal. Todavia, a comunicação



ARQUIVO OE

assertiva parece ser aquela que facilita a comunicação interpessoal e reduz o conflito inesperado.»

O estudo que aqui se apresenta surge no seguimento das investigações efectuados pelos diferentes autores e pretende contribuir para compreender de que forma é que a adopção de com-

portamentos comunicacionais assertivos pelos enfermeiros influenciam as relações interpessoais que estes profissionais estabelecem em contexto profissional, e pretende, simultaneamente, identificar e fornecer estratégias úteis na redução / prevenção dos conflitos interpessoais existentes na equipa multidisciplinar,

diminuindo o stress e o mal-estar existentes no seio da profissão, promovendo a satisfação profissional e a realização pessoal dos próprios profissionais da Enfermagem.

Os comportamentos comunicacionais assertivos
representam uma estratégia importante
na melhoria das relações interpessoais
que os enfermeiros estabelecem com os utentes
e com a equipa multidisciplinar.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Nesta medida, foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo e transversal, baseado numa metodologia quantitativa, em que foi utilizada a escala de avaliação de comportamentos assertivos dos enfermeiros desenvolvida por Amaro e Jesus (2005). A amostra deste estudo foi constituída por 239 enfermeiros que desenvolviam a sua actividade profissional em instituições de saúde públicas do Algarve. Foi utilizada a técnica de amostragem por *clusters* para selecção da percentagem amostral (40% das instituições públicas de saúde), seguida da técnica de amostragem aleatória simples, como forma de seleccionar os participantes no estudo.

Os resultados obtidos indicam a existência de uma correlação positiva entre a adopção de comportamentos comunicacionais assertivos pelos enfermeiros, quer em relação à sua categoria profissional, quer em relação à sua realização pessoal, o que por sua vez, contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados da Enfermagem prestados. O estudo efectuado permitiu ainda verificar a existência de correlações negativas significativas entre comportamentos comunicacionais assertivos e despersonalização, entre realização pessoal dos profissionais da Enfermagem e *burnout*, bem como entre a satisfação profissional e os níveis de *burnout* apresentados por estes profissionais.

Os profissionais da Enfermagem que desempenham a sua actividade por turnos possuem maior predisposição para o conflito interpessoal e apresentam níveis de despersonalização mais elevados, enquanto que aqueles que não desempenham a sua actividade profissional por turnos apresentam níveis de realização pessoal mais elevados.

Os resultados encontrados permitiram tirar algumas conclusões. Os comportamentos comunicacionais assertivos representam uma estratégia importante na melhoria das relações interpes-



ARQUIVO DE

soais que os enfermeiros estabelecem com os utentes e com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a redução do conflito interpessoal inesperado. A adopção destes comportamentos reduz a despersonalização e promove a realização profissional dos enfermeiros. Além disto, a comunicação assertiva reduz os níveis de *burnout* nos enfermeiros relacionados com o conflito existente na equipa multidisciplinar. Ao

reduzir os níveis acima referidos, está a promover-se a comunicação assertiva, bem como a satisfação profissional. Também foi demonstrado que o trabalho por turnos é altamente desgastante, quer física, quer emocionalmente, e está correlacionado com o conflito interpessoal.

É primordial que as instituições de saúde tomem consciência dos benefícios da comunicação interpessoal assertiva, no sentido de procederem à implementação de programas de promoção de comportamentos comunicacionais assertivos junto dos seus profissionais, em que a população-alvo seja não só os próprios profissionais da Enfermagem, como também todos os membros da equipa multidisciplinar.

É primordial que as instituições de saúde se consciencializem dos benefícios da comunicação interpessoal assertiva, no sentido de procederem à implementação de programas de promoção de comportamentos comunicacionais assertivos.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho

A experiência dos Conselhos Jurisdicionais Regionais Descrição do trabalho e outras facetas da sua actividade

Enf.º Norberto Silva

Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção Regional do Norte em 2007

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE) é uma associação profissional de direito público a quem está legalmente atribuída a regulamentação e o controlo do exercício profissional dos enfermeiros, designadamente nos aspectos éticos, deontológicos e disciplinares¹.

Cabe à OE promover a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, zelar pela prossecução do inerente interesse público e pela dignidade do exercício profissional da Enfermagem e garantir a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população.²

A jurisdição disciplinar sobre os seus membros é uma das principais atribuições da OE. Assim, é reconhecido à OE o poder de instaurar inquérito ou procedimento disciplinar sempre que da prática do exercício da Enfermagem resulte violação de normas de natureza deontológica³, sendo que todas as pessoas, singulares ou colectivas, podem dar conhecimento à OE da prática, por enfermeiros nela inscritos, de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar⁴.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que tem a forma de Lei, refere que infracção disciplinar é toda a acção ou omissão que viole, dolosa ou negligentemente, os deveres legalmente aplicáveis ao exercício da Enfermagem⁵.



ARQUIVO OE

O exercício do poder disciplinar, no respeito pelo princípio da separação de poderes, é da competência exclusiva do Conselho Jurisdicional (CJ). O CJ tem a responsabilidade de exercer o poder disciplinar relativamente a todos os membros proferindo decisão final sobre todos os procedimentos disciplinares.⁶

Aos Conselhos Jurisdicionais Regionais (CJR) compete a deliberação de instauração⁷ e a instrução dos inquéritos e dos procedimentos disciplinares aos membros com domicílio profissional na sua área de actuação⁸.

A instrução de cada procedimento, ou seja, o conjunto de diligências destinadas à organização do processo até ser proferido despacho⁹, está, preferencialmente, a cargo de um dos três membros efectivos de cada CJR que deliberou da sua instauração¹⁰.

Em caso de impedimento, recusa ou escusa destes, ou mediante

¹ Preambulo do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

² Idem; Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) n.º 1, artigo 3.º (DL n.º 104/98 de 21 de Abril).

³ EOE, artigo 53.º n.º 3.

⁴ EOE, artigo 55.º n.º 2.

⁵ EOE, artigo 55.º n.º 1.

⁶ EOE, artigo 54.º e artigo 70.º.

⁷ Regimento Disciplinar, artigo 17.º, n.º 1.

⁸ EOE, artigo 63.º, n.º 1.

⁹ Regimento Disciplinar, artigo 20.º, n.º 1.

¹⁰ Regimento Disciplinar, artigo 18.º, n.º 1.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

circunstância fundamentada, pode o CJR solicitar ao CJ a nomeação de um instrutor doutro órgão jurisdicional.¹¹

Os instrutores procuram agir no estrito respeito pelo princípio da legalidade e da garantia do direito à defesa e ao bom-nome no seio da profissão e da sociedade.

No entanto, avaliar o comportamento de alguém não será nunca tarefa fácil. Não serão apenas os actos em causa mas também as circunstâncias em que se verificaram. Pretende-se decidir com justiça, com imparcialidade e objectividade, mas sobretudo com equidade, tendo como referência o necessário equilíbrio entre o bem individual e o bem comum, atribuindo a cada um o que lhe é devido, nunca deixando de considerar os factores intervenientes na decisão e acção do enfermeiro.

Na instrução do procedimento são admissíveis todos os meios de prova permitidos em direito.¹²

Assim, o instrutor deve fazer prevalecer a verdade material, remover os obstáculos ao seu regular e rápido andamento e recusar o que for inútil ou dilatatório, sem prejuízo do direito de defesa e do princípio do contraditório.¹³

Finda a instrução, que não pode ultrapassar o prazo de dois meses, o instrutor propõe despacho de acusação ou de arquivamento; consoante a prova que tenha recolhido durante a instrução do processo mostre claramente ou indicie suficientemente que se verificou ou não infracção disciplinar.¹⁴

Este prazo aliado a limitações de meios de investigação torna, não raras vezes, difícil a realização de todas as diligências consideradas necessárias para o apuramento dos factos. Importa referir que nenhum dos membros do CJR está em dedicação exclusiva a esta função o que torna difícil a compatibilização entre a vida profissional e privada com mais esta actividade, o que motiva alguns pedidos (necessários) de adiamento do prazo de instrução com consequentes atrasos na conclusão dos processos.

Por outro lado, os nossos parcos conhecimentos na área jurídica e a complexidade processual são limitações com que convivemos diariamente; por isso, e porque somos enfermeiros e não juristas,

temos muitas vezes dificuldade em enquadrar a matéria de facto (as queixas recebidas) na matéria de direito (os deveres legais eventualmente violados).

Importa também salientar que, por vezes, durante a fase de instrução processual se produzem alguns conflitos com os colegas sujeitos a esses processos, nomeadamente a instalação de um clima de confronto entre instrutor e inquirido que gera alguma ansiedade de parte a parte; estes são constrangimentos e dificuldades quando se trata de julgar os pares.

Além destas competências estatutariamente definidas que se prendem com a intervenção disciplinar os CJR alargam a sua actividade colaborando, sempre que solicitados, com instituições prestadoras de cuidados de saúde e instituições de ensino de Enfermagem em eventos de carácter científico, em sessões formativas e informativas com enfermeiros e alunos de Enfermagem, produzindo as suas intervenções em questões de natureza ético-deontológica.

Os CJR colaboram igualmente com os Conselhos Directivos Regionais (CDR) em visitas institucionais a múltiplas instituições de saúde públicas e privadas onde trabalham enfermeiros, bem como em fóruns e ciclos de debates promovidos pelos CDR que se realizam nos diferentes distritos do país, procurando também nestas situações debater, esclarecer e alertar para aquilo que são as responsabilidades éticas e deontológicas dos enfermeiros.

Procuramos exercer uma pedagogia ética e deontológica, baseada na premissa de que há que formar, analisar e debater o Código Deontológico na perspectiva dos contextos da prática, procurando melhorar o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros nesta matéria¹⁵. Pensamos que não basta que as regras estejam definidas no papel, torna-se crucial e imprescindível a sua interpretação e assimilação no sentido de serem uma bússola orientadora de uma prática profissional baseada na ética e na deontologia¹⁶.

Acreditamos no benefício das acções pedagógicas exercidas numa lógica de proximidade e contacto directo com os colegas.

¹¹ Regimento Disciplinar, artigo 18.º, n.º 2.

¹² EOE, artigo 63.º, n.º 4.

¹³ EOE, artigo 63.º, n.º 2.

¹⁴ EOE, artigo 64.º n.º 1, n.º 2, n.º 3.

¹⁵ Nunes, Lucília – «Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados – perspectiva do Conselho Jurisdicional» – *Revista Ordem dos Enfermeiros*, n.º 24, Fev. 2007.

¹⁶ Idem.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

1 de Junho**CIPE: desenvolvimento e disseminação mundial – Portugal****Enf.º António Manuel V. Alves da Silva***Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros e
Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais em 2007*

A Ordem dos Enfermeiros foi convidada a fazer esta apresentação na sessão dedicada à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), onde foram também integrados a Suíça, a Colômbia e a Espanha.

A história da CIPE® em Portugal tem algumas referências que não podem ser esquecidas:

Na década de 90, através do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e no âmbito do Projecto *Telenurse* foi organizada em Portugal, em Coimbra, a primeira reunião onde a CIPE é discutida e traduzida para Português a versão alfa da CIPE:

- a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) que validou a tradução e, neste âmbito, desenvolveu inúmeras actividades subsequentes;
- o Enfermeiro Abel Paiva e Silva, docente universitário, que a utilizou nas suas investigações e muito contribuiu para a sua disseminação em Portugal.

Desde a sua criação que a OE elegeu os sistemas de informação e a CIPE® como um dos seus campos de intervenção prioritários, tendo decidido que a CIPE® era «a» terminologia para a documentação dos cuidados de Enfermagem em Portugal.

Em termos estratégicos, o Conselho Directivo da Ordem decidiu criar um grupo de trabalho que se dedicou ao estudo e desenvolvimento dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e estabeleceu um plano de abordagem multi-sectorial a esta questão.



ARQUIVO OE

No âmbito desta abordagem a OE tem vindo a desenvolver actividades com:

- o ICN;
- o Governo (através do Ministério da Saúde);
- as instituições de saúde, os enfermeiros;
- e os produtores e vendedores de *software*.

Com o ICN, a OE estabeleceu acordos para a tradução e publicação da CIPE® 1.0, tem mantido uma colaboração regular com a Directora do Programa, Amy Coenen, que incluiu consultas regulares e a organização de reuniões em Portugal, e planeou outras actividades conjuntas.

A intervenção da OE junto do Governo (por intermédio do Ministério da Saúde) tem sido no sentido da negociação de acordos que garantam a utilização da CIPE® nas instituições de saúde. Neste momento, a OE negocia acordos tendo em vista:

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- a colaboração no mapeamento do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) com o/ Sistema de Classificação de Doentes (SCD);
- o reconhecimento e adopção das posições da OE relativamente a requisitos técnico funcionais e princípios de arquitectura de *software*, a certificação do conteúdo dos referidos *software* e o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE).

Paralelamente, a OE está ainda a negociar a publicação de uma circular normativa que consagre estas linhas orientadoras.

No que respeita às instituições de saúde e aos enfermeiros, a OE centrou os seus esforços na disseminação de informação e na concretização de um projecto relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que prevê a utilização da CIPE®. Em Outubro de 2005, realizou-se no Porto uma Conferência CIPE® e, dois anos mais tarde, a OE viria a organizar um *workshop* nacional subordinado à mesma temática.

Finalmente, junto dos produtores de *software*, a OE apostou na disseminação de informação, no desenvolvimento de um programa de certificação e na realização de uma reunião conjunta com o ICN.

A tradução e validação da CIPE® 1.0

A tradução e validação da CIPE® 1.0 para Português foi feita em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de S. João e contou com o envolvimento de parceiros como a APE e o IGIF. Foram criados cinco grupos de trabalho regionais e foi realizada uma reunião final, onde foi alcançado consenso no que respeita à tradução desta classificação. Este processo culminou com a publicação da versão Portuguesa e a realização de uma cerimónia pública de lançamento da CIPE 1.0®, que contou com a presença da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, Dr.^a Carmen Pignatelli.

Utilização da CIPE em Portugal

Como forma de preparação dos eventos realizados em 2005 e 2007 foi realizado um inquérito nacional sobre a utilização da

CIPE® em Portugal. Em 2005, foram enviados 228 questionários (162 foram enviados para hospitais, 48 para escolas de Enfermagem e 18 para Administrações Regionais de Saúde). Sendo que, em 2007 foram disseminados 665 inquéritos (429 foram enviados para centros de saúde, 188 para hospitais e 48 para escolas de Enfermagem).

Na primeira das ocasiões foram recebidas 103 respostas, o que corresponde a praticamente 50% de respostas e dois anos mais tarde, foram recebidas 172, respostas, o equivalente a quase 25% dos questionários enviados.

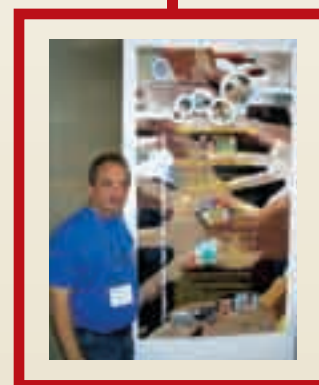
Quando pretendemos comparar os resultados obtidos verificamos que, por várias razões, tal não era possível. De qualquer forma, e tendo em conta os resultados obtidos ambos, é possível afirmar:

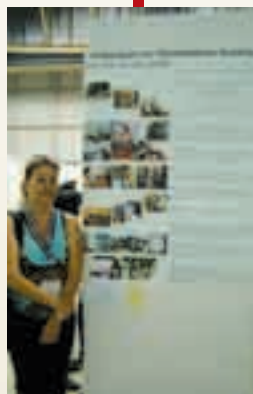
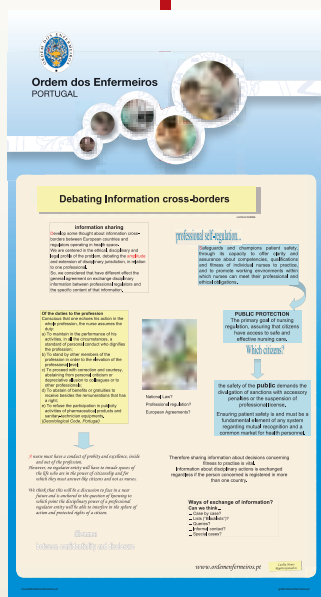
- um número significativo de instituições de saúde já utilizam a CIPE® na documentação dos cuidados de enfermagem (37 instituições em 2005 / 305 unidades de prestação de cuidados em 2007);
- um número considerável de entidades afirma ter intenção de começar a utilizá-la no decorrer do próximo ano;
- 30 instituições afirmam utilizar o SAPE em 2005, número que sobe para 46¹ em 2007;
- algumas destas estão a utilizar o SAPE para monitorizar indicadores de saúde (quedas e úlceras de pressão);
- alguns estudantes de enfermagem já utilizam a CIPE® durante toda a sua formação, sendo que há um número muito considerável a utiliza nos seus ensinamentos clínicos e estágios.

¹ Por limitações do formulário, não é possível ter a certeza que todas as respostas têm por base o mesmo tipo de unidade prestadora de cuidados.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Entre a Conferência «Os enfermeiros na vanguarda: lidando com o inesperado» e a Conferência de Regulação que se seguiu, foram apresentados seis pósteres pela delegação que representou a Ordem dos Enfermeiros no Japão, e que aqui damos a conhecer. Mais tarde, juntaram-se ao FNOPE três organismos: a Associação dos Directores de Enfermagem (ADE), a Associação de Enfermeiros Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC) e o Sindicato da Região Autónoma da Madeira (SERAM). Além destes trabalhos, vários foram os autores portugueses que se fizeram notar na exposição de pósteres de Yokohama. Apresentamos igualmente alguns desses casos.





C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

27 a 29 de Maio

Conselho de Representantes Nacionais: debater os problemas da Enfermagem

O Conselho de Representantes Nacionais (CNR) é a maior estrutura de governação do Conselho Internacional dos Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN). Em 2007, o encontro bienal deste órgão teve como pano de fundo a cidade de Yokohama, no Japão, entre 27 e 29 de Maio. Entre os vários temas abordados destacaram-se dois: a revisão da visão do ICN («*ICN 2020: Renewing the ICN Vision*») e a relação entre a Enfermagem e os cuidados sociais.

No que respeita à revisão da visão do ICN tendo como meta 2020, os delegados abordaram em primeiro lugar as principais tendências que afectam a Enfermagem, realçando a mudança de funções dos profissionais, o reforço da colaboração interdisciplinar, a atenção dada à prevenção das doenças e à educação dos doentes, o aumento de enfermeiros especialistas e, finalmente, o papel cada vez mais influente da Enfermagem na gestão. Foi consensual a ideia que, a longo prazo, o ICN deve aspirar ter um papel mais abrangente.

De uma forma geral, os delegados ao CNR concordaram com a visão proposta, fazendo apenas alguns ajustamentos. Foram incluídas referências à justiça social, à política estratégica, às contribuições económicas e a uma aposta no fortalecimento das parcerias. Foi também sublinhada a necessidade do ICN ser mais dinâmico e proactivo na representação a uma só voz de cada vez mais enfermeiros.

Já relativamente à relação entre a Enfermagem e os cuidados sociais, os participantes foram unânimes ao afirmar que cada pessoa tem direito a ter um enfermeiro. Foi reconhecida a dificuldade na definição dos limites e o facto de, hoje em dia, os cuidados disponibilizados serem mais integrados. Foi também consensual a ideia que deve ser dada à Enfermagem o papel central na coordenação dos cuidados de saúde, na sua avaliação,



ARQUIVO OE

sempre em colaboração e respeitando o sistema de cuidados sociais. Além disso, devem ter algo a dizer na definição da política social como motor da classificação das actividades que podem ser delegadas e as fronteiras existentes entre a Enfermagem, os cuidados auxiliares e os auxiliares de vida.

Parte da reunião do CNR foi repartida em quatro *fora*, que decorreram no segundo dia de trabalhos, onde quase 90 delegados presentes tiveram oportunidade de partilhar experiências relativamente às suas perspectivas nacionais, identificando lacunas e áreas onde o ICN poderá ter uma palavra a dizer.

Os temas dos quatro *fora* foram:

- preparação para o inesperado;
- delegação e supervisão;
- identificação do fosso entre teoria e prática;
- alterações nas funções da Enfermagem e diminuição do número de profissionais.

Na reunião do CRN houve ainda duas palestras. A primeira acerca da «Igualdade das Mulheres» no Japão, pela Dra. Toshiko Abe.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

A segunda da autoria de Linda Carrier-Walker, Directora do Departamento de Relações Externas e Desenvolvimento do ICN, que falou acerca do que tem sido feito tendo em vista à criação de uma Agência das Nações Unidas Para as Mulheres. Sendo que a este respeito, viria a ser aprovada uma declaração pública apelando à necessidade da criação deste organismo.

Foram também aprovadas outras duas declarações públicas, uma sobre o caso das enfermeiras búlgaras e do médico palestiano que estiveram detidos na Líbia e outra sobre o papel dos profissionais de Enfermagem na OMS.

O encontro não terminou sem que fossem apresentados vários relatórios, o financeiro, e de membros, e o do Conselho Executivo do CNR. No que respeita à questão dos membros do ICN, foi aprovada uma moção apresentada pela Associação de Enfermeiros Norueguesa (*Norwegian Nurses Organisation*). Este documento prevê a criação de um grupo de trabalho que deverá desenvolver estratégias a fim de aumentar o número de filiados. O resultado das diligências deste grupo deverá ser apresentado no CNR que irá decorrer em 2009. O objectivo desta iniciativa é definir estratégias que possam permitir que esta instituição se torne mais inclusiva.

Sendo este o último CNR em que Judith Oulton participava na qualidade de Directora Geral Executiva, no final dos dois dias de trabalhos, a Direcção e os delegados agradeceram o trabalho desenvolvido por Judith Oulton, que esteve à frente do ICN nos últimos 12 anos.

Fórum I: preparação para o inesperado

Tendo em atenção a forma como as mudanças que se têm vindo a operar na sociedade – alterações demográficas, económicas, educacionais etc. – afectam a actividade dos enfermeiros, as potencialidades e riscos que a globalização representa, foram identificados quatro temas primordiais.

1. A evolução de factores que influenciam o desenvolvimento do sector da Saúde – o estatuto dos doentes, as necessidades

em termos de saúde, os constrangimentos financeiros, a capacidade de trabalho, a regulação profissional – exigem dos enfermeiros uma efectiva capacidade de liderança e de resolver problemas.

2. Dados e provas seguros devem estar na origem dos processos de tomada de decisão.
3. Os enfermeiros devem ser tidos em conta na definição de políticas de saúde e de trabalho.
4. Como profissionais de saúde, os enfermeiros devem estar bem situados e reconhecidos na escala de cuidados prestados.

O ICN tem procurado acompanhar os acontecimentos e tendências aos níveis local, nacional e internacional, a fim de representar da melhor forma os interesses dos enfermeiros e procurando responder proactivamente às mudanças que operadas no sector da Saúde.

Entre as principais actividades desenvolvidas pelo ICN contam-se: recolha e divulgação de informação, tomadas de posição, representação da Enfermagem e dos enfermeiros, o desenvolvimento da liderança, promoção da troca de experiências entre enfermeiros e associações de enfermeiros e, finalmente, o estabelecimento de parcerias eficazes com outros actores do sector da Saúde.

Estas actividades levaram à tomada de posições de cariz político acerca de um vasto leque de assuntos, tais como:



ARQUIVO DE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

- direitos humanos, segurança dos doentes, acessibilidade dos serviços de saúde, a preparação para catástrofes e acordos internacionais;
- espaço para a prática, desenvolvimento dos recursos humanos da Saúde, participação no processo decisório, regulação profissional, doenças emergentes, resistência antimicrobiana, gestão da Enfermagem, cuidados de Saúde prestados a grupos vulneráveis;
- saúde ocupacional e segurança, bem-estar socioeconómico, recrutamento ético de profissionais, desenvolvimento da carreira e violência no local de trabalho.

Fórum II: delegação e supervisão

O Relatório Mundial de Saúde de 2006 centrou-se nos recursos da Saúde e acrescentou um ímpeto à necessidade de agir relativamente à crise dos recursos humanos. Isto foi reforçado na 59.^a Assembleia Mundial da Saúde, que sublinhou a necessidade de solucionar esta crise. Muitos países lidam com esta questão dando responsabilidade a pessoas menos preparadas, o que leva a que, cada vez mais, os enfermeiros sejam obrigados a aceitar outros papéis, que vêm juntar-se à supervisão, dois conceitos que têm sido trabalhados pelo ICN.

• Definição de delegação e supervisão

Delegação é um processo que envolve a avaliação das necessidades do cliente e a capacidade da pessoa a quem está a ser atribuída essa actividade, incluindo as que dizem respeito à supervisão ao controle do estado do doente e o desempenho do individuo que está a desenvolver essa actividade que lhe foi atribuída.

Supervisão é o processo de se providenciar orientação e vigiar a execução das actividades delegadas. Esta pode ser exercida indirectamente.

As acções do ICN neste âmbito prendem-se com: a necessidade de desenvolver acções relacionadas com: a crescente pressão para aumentar o acesso aos serviços de Saúde; o reduzido número de enfermeiros registados, especialmente em zonas como a África

Subsaariana e as comunidades rurais; o facto de cada vez mais se estar a recorrer a trabalhadores com pouca formação, mas altamente especializados, que apresentam algumas lacunas quanto a questões de ética; a definição das situações em que pode ocorrer a delegação e a supervisão; e a falta de formação contínua e de supervisão aos profissionais que conjugam as duas funções.

O ICN considera que os cuidados de saúde exigem um vasto leque de pessoal, mas sublinha a necessidade de se assegurar a optimização dos funcionários já existentes e dos postos de trabalho preenchidos, com a definição de papéis, práticas clínicas e métodos.

Fórum III: identificação do fosso entre teoria e prática, dando ênfase às melhores práticas

Considera-se necessário rever o trabalho sobre as necessidades da Enfermagem, analisar o que é publicado em revistas da especialidade, falar com os enfermeiros que têm abordado a revisão das práticas clínicas para verificar as lacunas que efectivamente existem. Tem-se encontrado diferenças entre as boas práticas e valores ensinados nos cursos e que se verifica no trabalho diário.

Sendo que, por lacunas educativas se entende a discrepância entre o que é ensinado aos estudantes nas salas de aulas e o que se verifica no dia-a-dia na prática clínica. O que origina esta situação prende-se com a falta de vagas disponíveis e a existência de muitas outras que já estão sobrecarregadas de estudantes; o ensino clínico ser efectuado por períodos de tempo reduzidos; a rapidez com que as práticas clínicas são alteradas; a falta de experiência clínica dos professores; a desvalorização da componente prática pelas universidades; a falta de colaboração entre as áreas clínicas e as instituições educativas; o facto de o pessoal clínico não ter tempo ou as «ferramentas» indicadas para apoiar de forma adequada os estudantes; a flexibilidade dos turnos leva a que os estudantes tenham dificuldade em trabalhar com os supervisores.

Algumas das formas de solucionar estas lacunas estão relacionadas com, por exemplo, a alteração dos *curricula*, aproximando

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

a teoria da prática, a optimização das vagas para a maximizar a aquisição de conhecimentos e a obtenção de experiência, melhorar a colaboração entre as áreas clínicas e as universidades; desenvolver o papel do tutor, um elemento do corpo clínico que apoie o estudante durante o estágio; e a criação de encontros entre as duas partes – professores e profissionais –, promovendo a colaboração entre as duas partes.

Fórum IV: alterações nas funções da Enfermagem e diminuição do número de profissionais

As alterações nos cuidados de Saúde têm originado a reforma dos sistemas de Saúde, levando à procura de serviços com maior qualidade, menores custos e que sejam sustentáveis. A má distribuição de enfermeiros e profissionais de saúde fez com que alguns países desenvolvessem modelos de trabalho que levam ao limite as competências do pessoal, estendendo o papel do enfermeiro. E isto sem esquecer outras alterações como os avanços científicos, o aparecimento da tele-saúde e de novas doenças, com a disseminação de outras, as alterações demográficas, os elevados custos da formação, a crescente exigência dos consumidores e das suas expectativas, as preocupações com a segurança dos doentes, o aumento da repre-

sentatividade profissional por parte de organizações de profissionais nuns países e a diminuição noutros.

Frente a estas alterações, em alguns países estão a aparecer novos papéis para os enfermeiros e outros profissionais, com os responsáveis a optar cada vez mais por pessoal assistente menos qualificado. Se em alguns casos é vantajosa a opção por profissionais altamente qualificados, já noutros os enfermeiros tem vindo a ser confrontados com rácios enfermeiro/doente muito baixos. A dificuldade no recrutamento de estudantes e na retenção de enfermeiros são problemas, pelo que é necessária a criação de uma estratégia de recrutamento e de retenção de estudantes e de enfermeiros.

Os principais assuntos em cima da mesa prendem-se com a redefinição e regulação da Enfermagem por pessoas exteriores à profissão; o aumento da pressão para que os enfermeiros abracem outras competências e papéis; a introdução de novas disciplinas e o desemprego e as suas implicações na segurança dos doentes e qualidade dos cuidados prestados; a alteração dos *currícula* de forma a ir ao encontro das novas funções; o papel dos enfermeiros na definição política e na tomada de decisão; a forte posição assumida pelas ANE na defesa dos Enfermeiros e da Enfermagem.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

2 e 3 de Junho**8.^a Conferência Internacional de Regulação**

«Protegendo o público: melhorando as práticas de Regulação» foi o tema central da 8.^a Conferência Internacional de Regulação, uma iniciativa do International Council of Nurses (ICN) que teve lugar em Yokohama, entre 2 e 3 de Junho.

Além da presença em diversas sessões da Enf.^a Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (OE), a Enf.^a Lucília Nunes, Presidente (à época) do Conselho Jurisdicional da OE, e o Enf.^o António Manuel Silva, Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da OE, foram convidados a participar activamente no encontro deste ano. A Enf.^a Lucília Nunes moderou um *workshop* sobre disciplina e partilha de informação entre autoridades reguladoras de diferentes países e entre estas e os cidadãos receptores de cuidados de Enfermagem. O Enf.^o António Manuel Silva apresentou o modelo de desenvolvimento profissional que a OE tem estado a desenvolver.

Tendo começado por fazer uma breve resenha histórica sobre a criação da Ordem e suas principais atribuições, o Enf.^o António Manuel Silva explicou aos colegas presentes na sala que o desenvolvimento profissional é uma das áreas estratégicas da OE. Sendo um trabalho que está a ser desenvolvido desde o primeiro mandato dos Órgãos Sociais, a definição de um Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) tem vindo a assumir maior importância, tanto mais que os sectores da Educação e da Saúde estão a vivenciar múltiplas mudanças em Portugal.

De acordo com o responsável pelo Gabinete de Relações Internacionais da OE, houve um acréscimo significativo do número de escolas de Enfermagem nos últimos anos (totalizando 46 estabelecimentos em Maio de 2007) e o próprio Processo de Bolonha (que estabelece três ciclos de formação e um conjunto de descritores genéricos) veio levantar algumas questões. Recorde-se que a OE assumiu publicamente que a formação mínima exigida aos enfermeiros deveria ser a equivalente ao 2º Ciclo de Bolonha e que o ensino da Enfermagem deveria ser integrado



ARQUIVO OE

no subsistema Universitário, abandonado assim o subsistema Politécnico.

Por outro lado, «a passagem de um período de vínculos profissionais estáveis para uma fase em que existem regimes contratuais diversificados nas instituições públicas e privadas de saúde», bem como a adopção de modelos de gestão orientados para a concretização de objectivos (em vez de sustentados em regras), também contribuíram para o receio da desregulação. Assim sendo, e considerando que actualmente a atribuição de títulos não implica a aferição das competências dos enfermeiros, a OE tem vindo a discutir com os seus membros «um novo Modelo de Desenvolvimento Profissional».

Este modelo «é baseado na prática clínica, conduz à aquisição do título profissional de «Enfermeiro», tem início após a formação pré-graduada, continua durante a formação especializada e implica a adopção de dinâmicas autónomas de educação ao longo da vida». O modelo apresentado integra um ano de exercício tutelado após a conclusão da licenciatura e a realização de um exame nacional. O acesso à profissão será feito após esse período, aferindo-se as competências, conhecimentos e desempenho dos jovens profissionais.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7



ARQUIVO OE

O Enf.º António Manuel Silva explicou ainda que este modelo já implicou a alteração dos estatutos da OE e que é necessária uma extensa negociação com o Ministério da Saúde.

Quanto ao *workshop* energicamente moderado pela Enf.ª Lucília Nunes, foi curioso verificar as várias formas como os diferentes países lidam com as questões da disciplina e da partilha de informação.

Enquanto que em Portugal (e na Irlanda, por exemplo) há o dever do secretismo e da confidencialidade - pelo que não se fornecem informações sobre eventuais processos que estejam a decorrer e só se divulga informação quando um membro é expulso ou suspenso da Ordem -, em grande parte dos estados dos EUA o processo é tornado «público», especialmente no que diz respeito à comunicação com outras entidades reguladoras.

De uma forma geral, as entidades reguladoras comunicam entre si sempre que um membro estrangeiro pretende exercer Enfermagem noutro país. Mas em Singapura só se aceitam pedidos de informação enviados por carta devidamente identificada, de forma a que se possa comprovar a origem do pedido. Depois, varia um pouco o tipo de informação que é fornecida. No caso australiano, por exemplo, a informação sobre casos disciplinares fica «activa» num período de cinco anos. No caso dos Estados Unidos, os registos das ocorrências disciplinares permanecem inscritos nas cédulas profissionais durante toda a vida. Para a Enf.ª Lucília Nunes, «a informação a disponibili-



ARQUIVO OE

zar tem de ser cuidada porque a pessoa tem direito a reconstruir a sua vida».

O direito dos cidadãos à informação, a sua confiança na actuação dos organismos reguladores da profissão e a necessidade de combater a falsificação de documentos foram outros dos aspectos focados na tarde de 2 de Junho por enfermeiros de várias nacionalidades.

Tendo decorrido ao longo de dois dias, a 8.ª Conferência Internacional de Regulação focou outros temas, com destaque para as questões relacionadas com o erro, criação de portfólios profissionais, inovação no ensino e regulação baseada na evidência.



ARQUIVO OE

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Avaliação global

Participação de enfermeiros portugueses nas conferências do Conselho Internacional dos Enfermeiros em Yokohama

Realizaram-se, entre 27 de Maio e 1 Junho de 2007, na cidade de Yokohama, no Japão, as conferências do Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), onde esteve presente a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Além da delegação oficial da Ordem dos Enfermeiros – composta por membros dos Órgãos Sociais e pela assessora de imprensa Luísa Neves – integraram a comitiva portuguesa membros da OE e alguns familiares destes, que aderiram à viagem organizada pela Ordem e participaram nas actividades.

Com o intuito de avaliar diversos aspectos desta iniciativa, o Gabinete de Relações Internacionais (GRI) distribuiu três inquéritos distintos: um destinado à delegação, outro para a comitiva e um terceiro para o grupo que, não estando directamente ligado à OE, a acompanhou. É precisamente o balanço da participação de cada um destes grupos que procuraremos fazer de seguida.

A maioria dos enfermeiros da delegação avaliou esta participação da OE como muito boa. A delegação da OE esteve presente no Conselho de Representantes Nacionais (CNR), na conferência do ICN, quer em sessões plenárias, quer em sessões paralelas. A sua participação também foi concretizada através da apresentação de comunicações e de pósteres. A maioria dos que responderam ao inquérito afirmou que, anteriormente, já tinha participado em actividades internacionais da OE. Na verdade, apenas quatro em dez afirmaram tratar-se da primeira conferência internacional a que assistiram.

Entre os aspectos positivos referidos foi salientada a partilha de experiências a nível internacional, nomeadamente o facto de terem apresentado comunicações e moderado mesas fora do contexto nacional e de terem ouvido participações de pessoas oriundas de todo o mundo. Foi também sublinhada a oportunidade para com-

preenderem as estratégias e os projectos desenvolvidos noutros países, tendo em vista uma possível aplicação em Portugal e a aquisição de experiência na preparação de questões logísticas, nomeadamente no que respeita à organização do *stand*.

Não obstante o balanço extremamente positivo, foram apontados alguns aspectos menos satisfatórios. O facto de algumas apresentações terem ficado aquém das expectativas, a falta de rigor científico de algumas, a impossibilidade de assistir a todas as comunicações dos colegas portugueses e o número excessivo de prelecções apresentadas foram alguns dos aspectos considerados menos positivos.

A maioria dos membros da delegação sublinhou a boa organização da iniciativa levada a cabo pelo GRI, ainda que poucos tivessem assistido à reunião de preparação do mesmo. Apesar disso, foi reconhecida a importância da participação da OE ter sido previamente estruturada, algo que se deverá repetir no futuro. Contudo, foi sublinhado, que o trabalho deve ser aprofundado e partilhado por mais enfermeiros.

Os inquiridos consideraram que houve um trabalho de abertura da Ordem a outros elementos, além dos membros da delegação oficial. As reuniões diárias de preparação foram, por exemplo, estendidas aos membros da OE que integravam a comitiva, o que a maioria considerou positivo. Este facto transmitiu a imagem da OE como uma instituição aberta, possibilitando a visualização enriquecedora das intervenções de outros membros. A OE promoveu ainda um trabalho de animação / promoção nacional, que consistiu na distribuição de camisolas, de uma faixa e de um livro de honra. Este foi um trabalho bem recebido e do agrado dos enfermeiros, na medida em que permitiu identificar os participantes portugueses e transmitir uma ideia de organização da sua participação no evento.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

As informações disponibilizadas sobre o evento e a viagem foram, de um modo geral, sentidas como suficientes. A má organização das sessões por parte do ICN e o método de distribuição do trabalho foram alguns dos aspectos que a delegação da OE não gostaria de ver repetidos em futuras organizações deste cariz. Os enfermeiros inquiridos também se sentiram incomodados pelas várias horas de espera nos aeroportos.

A localização dos hotéis junto ao local do evento foi um dos aspectos positivos mais salientados, bem como a qualidade e quantidade do trabalho apresentado, o programa cultural disponibilizado, a dimensão da representação e a presença de um *stand* institucional da OE.

Foram várias as opiniões relativas à organização do *stand*. Se, por um lado, a apresentação de materiais escritos em inglês foi considerada uma boa iniciativa, a presença de materiais promocionais da oferta turística nacional foi, por outro, considerada excessiva.

Metade dos enfermeiros que responderam ao inquérito concorda com o facto de as comunicações não serem submetidas em nome próprio, já que, desta forma, fica preservada a imagem da instituição como um todo.

Vários enfermeiros apresentaram sugestões de melhorias para futuros eventos. Realçou-se a importância da participação na moderação de mesas, bem como nas reuniões diárias. Além disto, a organização dos planos de trabalho e a distribuição de programas actualizados e formulários de avaliação das sessões deverão, também, ser tidos em conta.

No que respeita à participação dos membros da OE que integram a comitiva, foram vários os motivos apontados pelos dois enfermeiros que se pronunciaram para a integração no grupo que foi ao Japão com a OE. Entre eles, refere-se o enquadramento do contexto profissional de alguns dos membros na temática da conferência e a oportunidade de participação, pela primeira vez, numa reunião mundial de Enfermagem. Viram também nesta viagem a oportunidade de aumentar os conhecimentos, de viver uma experiência nova e de conhecer pessoas novas.

Para estes elementos, foi gratificante a respectiva participação nas conferências do ICN porque puderam não só testemunhar o trabalho efectuado pela OE, como também dar a conhecer a realidade em que se inserem. Tiveram também oportunidade de ajudar na organização da agenda da OE, trocar experiências com enfermeiros nacionais e internacionais e participar nas actividades desenvolvidas pela Ordem no *stand*. Referem também, o aspecto bastante positivo de ter havido um bom convívio entre o grupo que participou na viagem.

O número elevado de pessoas que participaram na conferência foi um dos aspectos menos positivos salientados por estes membros, bem como o número elevado de sessões a decorrerem em simultâneo. Ainda assim, estes aspectos não tiveram importância suficiente para que deixassem de afirmar que voltariam, seguramente, a participar numa iniciativa semelhante e que, inclusivamente, não seria de descuidar a hipótese de organizarem um evento com esta dimensão no nosso país.

Importa salientar, finalmente, que a participação da delegação da OE foi considerada boa ou muito boa. Ambos tiveram conhecimento deste evento através da *Revista da Ordem dos Enfermeiros* e não se coibiram de felicitar a organização do evento.

Dos participantes na comitiva obtiveram-se três respostas, classificando como boa a participação da OE nas conferências. Estes indicaram que viram nesta viagem a oportunidade para conhecer um país diferente, para perceber a Enfermagem sob o ponto de vista de outras culturas, bem como a possibilidade de trocar experiências com pessoas de outros países.

Das conferências do ICN no Japão fica, sobretudo, a memória da excelente organização da OE, o ambiente vivido por todo o grupo e a oportunidade para conhecer um pouco do Japão e da sua cultura. Importa também salientar a presença da assessora de imprensa, que possibilitou uma maior e melhor cobertura do evento.

C N R E C O N F E R Ê N C I A S D O I C N 2 0 0 7

Congresso do ICN 2009

Regulamento do Concurso de Comunicações Livres promovido pela Ordem dos Enfermeiros

Caros colegas,

Com o propósito de incentivar a participação científica dos enfermeiros portugueses no **24.º Congresso do ICN**, que terá lugar em Durban (África do Sul), entre 27 de Junho e 4 de Julho, a Ordem dos Enfermeiros vai atribuir prémios aos resumos de enfermeiros portugueses seleccionados pelo ICN para apresentação.

Para o efeito será constituído um júri nacional que, de entre todos os resumos submetidos por enfermeiros portugueses e seleccionados para apresentação no congresso, escolherá até seis trabalhos.

Ao autor (ou primeiro autor) do melhor trabalho será paga a inscrição na conferência, a viagem e estadia em Durban, sendo integrado na comitiva da Ordem dos Enfermeiros àquele evento.

Além deste prémio nacional, ao autor (ou primeiro autor) do melhor trabalho oriundo de cada uma das cinco Secções Regionais será paga a inscrição no **Congresso do ICN de 2009**.

Todas as operações necessárias para o usufruto dos prémios serão conduzidas pelos serviços da Ordem dos

Enfermeiros, não podendo os premiados, em caso algum, solicitar a conversão dos prémios em dinheiro.

Os membros dos Órgãos Sociais não se podem candidatar à luz deste regulamento.

Os premiados deverão, em tempo útil, fornecer à Ordem dos Enfermeiros todos os elementos solicitados, para que as inscrições na conferência sejam efectuadas antes de 1 de Fevereiro de 2009.

Data limite para submissão de resumos:

24 horas de 31 Dezembro de 2008, por via electrónica. Por correio, o limite do envio será 26 de Dezembro de 2008 (data expressa no carimbo dos CTT).

Instruções para a apresentação de resumos:

O resumo a submeter à apreciação do júri deverá ser exactamente o que foi apresentado ao ICN. Os colegas proponentes devem enviar, juntamente com o resumo, o documento do ICN que comprove a aceitação do trabalho ao Congresso de Durban.

Os resumos deverão ser enviados para o endereço electrónico: gri@ordemenfermeiros.pt. Também poderão

ser enviados por correio para o endereço: Gabinete de Relações Internacionais, Av. Gago Coutinho, 75, 1700-028 LISBOA. Neste caso só serão consideradas as candidaturas que tenham sido expedidas até ao dia 26 de Dezembro de 2008 (data expressa no carimbo dos CTT).

Só serão consideradas as candidaturas de resumos de comunicações aceites pelo ICN nas categorias de:

- Comunicação oral em sessão paralela;
- Simpósio.

Os resumos deverão ser acompanhados da identificação completa de todos os autores (incluindo o número da cédula profissional) e número de telefone ou telemóvel de contacto e endereço electrónico.

Os serviços da Ordem dos Enfermeiros numerarão as candidaturas, sequencialmente e por ordem de recepção, sendo este número a única identificação a que o júri terá acesso.

Os concorrentes serão notificados pessoalmente dos resultados do concurso até 30 de Janeiro de 2009.

Todas as decisões relativas ao concurso serão finais.

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: Júlio Branco

Conselho editorial: Carminda

Morais, Elvino Jesus, Germano Couto, Helena Simões, Jacinto Oliveira, Manuel Oliveira, Margarida Rego Pereira, Rogério Gonçalves, Teresa Oliveira Marçal

Edição: Luísa Costa Neves e Paula Domingos

Colaboraram neste número:

Alberto Duarte, António Manuel Silva, Cidalina Abreu, Delfim Oliveira, Elvino de Jesus, Fátima Lopes, Guadalupe Simões, Hélder Pereira, Hugo Amaro, Lisete Fradique Ribeiro, Lucília Nunes, Luísa Costa Neves, Manuel Oliveira, Mara Rocha, Margarida Filipe, Maria Augusta Sousa, Maria Isabel Soares, Maria do Céu Barbieri, Marília Viterbo Freitas, Nelson Guerra, Norberto Silva, Paula Domingos, Raul Cordeiro, Rogério Gonçalves e Sérgio Gomes.

Fotos: Arquivo OE. Agradecemos a cedência de fotos pelos srs. enfermeiros Hélder Pereira, Guadalupe Simões, Luís Franco, Manuel Oliveira, Margarida Filipe, Raul Cordeiro e Rogério Gonçalves, Sérgio Gomes.

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.lettrario.pt

Design Gráfico: Pedro Gonçalves

Paginação, Pré-impressão, Impressão e Distribuição:

DPI Cromotipo, Rua Alexandre Braga, 21 B, 1150-002 Lisboa

Periodicidade: Trimestral

Tiragem: 54 600 exemplares

Distribuição gratuita aos membros da Ordem dos Enfermeiros

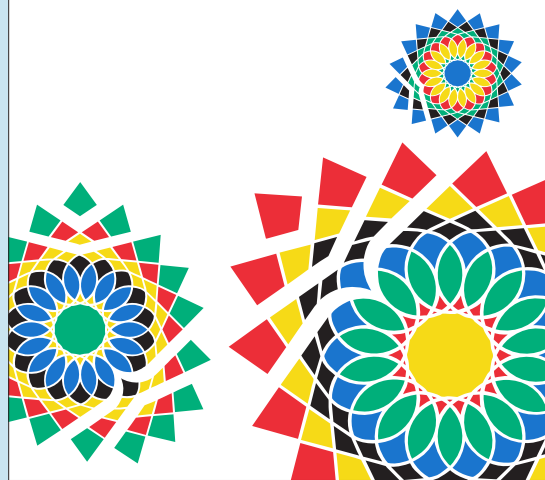
Depósito legal n.º 153540/00



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, n.º 185 – 3000-076 Coimbra – Tel.: 239 487 810 / Fax: 239 487 819 – E-mail: srcentro@ordemenfermeiros.pt | Secção Regional da R. A. da Madeira: R. Visconde Caçongo, n.º 35 – St.ª Maria Maior – 9060-036 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



Leading Change: Building Healthier Nations



24.º Congresso Quadrienal do ICN

Durban, África do Sul – 27 de Junho a 4 de Julho de 2009

Liderar a mudança: Construindo Nações Mais Saudáveis

Panorâmica Geral

O 24.º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) realizar-se-á entre 27 de Junho e 4 de Julho de 2009 em Durban, na África do Sul. Nesta primeira incursão africana dos eventos organizados pelo ICN irá ser debatido o papel central da Enfermagem na construção de nações mais saudáveis. O congresso será uma oportunidade para possibilitar o acesso e a disseminação dos conhecimentos de Enfermagem e de liderança entre especialidades, culturas e países. Os três pilares do ICN – Prática Profissional, Regulação e Bem-Estar socioeconómico – moldarão as sessões.

As linhas orientadoras e o formulário para a submissão de resumos estão disponíveis no sítio da conferência em www.icn.ch/Congress2009.htm.

Os principais objectivos no Congresso são:

1. liderar melhorias sustentáveis informadas quanto às políticas e à prática de Enfermagem;
2. demonstrar a contribuição da Enfermagem na construção de nações mais saudáveis;
3. encorajar o desenvolvimento de liderança no sector da Saúde.

Apelo à submissão de resumos

Os enfermeiros são convidados a submeter resumos para partilharem as suas ideias, resultados de investigação acerca da forma como são prestados os cuidados de Enfermagem, como melhorar a prestação de cuidados de saúde, sobre políticas e serviços ou contribuir para a

discussão acerca do conhecimento em Enfermagem e liderança rumo à construção de nações mais saudáveis.

Os resumos devem ocupar um dos seguintes subtemas e evidenciar uma ligação directa ao tema do Congresso.

1. Força de trabalho da Enfermagem e local de trabalho;
2. Pandemias e desastres;
3. Ética e direitos humanos;
4. Cuidados clínicos e segurança do doente;
5. Educação em Enfermagem e ambiente de aprendizagem;
6. Advocacia, *lobbying* e legislação;
7. Sistemas de prestação de cuidados;
8. Tecnologia, inovação e informática;
9. Liderança – gestão;
10. Regulação.

O prazo limite para a recepção de resumos é a meia-noite de 15 de Setembro de 2008 (TMG).

Instruções para a apresentação dos resumos

1. O texto do resumo **não deverá ter mais de 250 palavras** e deverá salientar os principais aspectos que o autor deseja comunicar. As palavras adicionais serão eliminadas.
2. Os resumos deverão ser submetidos via internet através do sítio do Congresso em www.icn.ch/Congress2009.htm.¹

¹ Os autores que não o consigam fazer deverão contactar a CONGREX (contactos disponíveis em www.congex.com).

3. Os resumos aceites serão eliminados do programa e do CD-Rom se os seus autores não se inscreverem no Congresso e pagarem a inscrição **até à meia-noite do dia 1 de Março de 2009 (TMG)**.

4. Os resumos só podem ser submetidos numa das seguintes categorias:

Sessão paralela: Apresentação de um trabalho com 15 minutos de duração.

Simpósio: Sessão de 80 minutos com o mínimo de três oradores apresentando diferentes perspectivas de um único tema. Os oradores que apresentarem um simpósio deverão submeter um único resumo conjunto.

Poster: Uma apresentação visual para afixação num placard.

5. Os resumos podem ser propostos em Inglês, Francês ou Espanhol.
6. Só serão avaliados os resumos que cumpram as regras e estejam completos (com os perfis dos autores e restantes elementos do impresso de candidatura completamente preenchidos).
7. Uma pessoa que não seja membro de uma organização afiliada no ICN só poderá propor um resumo em conjunto com um enfermeiro que seja membro de uma organização afiliada no ICN.
8. Os concorrentes serão notificados da aceitação do seu resumo até **1 de Dezembro de 2008**.
9. Todas as decisões relativas à aceitação de resumos são finais. Depois de tomada a decisão sobre um resumo não será estabelecida mais correspondência.

Para mais informação sobre a submissão de resumos ou sobre o 24º Congresso Quadrienal do ICN consulte o sítio da Conferência: www.icn.ch/Congress2009.htm.

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

