



# Ordem dos enfermeiros

Número 35 | Setembro 2010 | [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) | ISSN 1646-2629

CNR E 24º CONGRESSO  
QUADRIENAL DO ICN 2009

ACESSO



# ÁFRICA DO SUL ICN 2009



## Caros Colegas,



A participação de uma delegação da Ordem dos Enfermeiros (OE) no Conselho Nacional de Representantes e no 24º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) foi mais um momento marcante para a Enfermagem portuguesa.

Tratou-se, sem dúvida, de um esforço significativo feito pelos Conselhos Directivos (Nacional e Regionais), mas foi uma aposta ganha, porque este é local privilegiado para mostrarmos aos colegas de todo o mundo o quanto a Enfermagem tem progredido no nosso país.

Vários foram os membros dos Órgãos da OE que participaram no Congresso do ICN aos mais variados níveis: em simpósios, em sessões paralelas em que foram apresentadas comunicações livres, na moderação de algumas dessas sessões e *workshops*.

O balanço que fazemos não poderia ser mais positivo. A participação da delegação lusa em Durban contribuiu em grande medida para a divulgação da Enfermagem portuguesa nas suas várias vertentes – regulação profissional, situação sócio-laboral e científica. Foi também visível nos momentos marcantes do evento organizado de quatro em quatro anos pelo ICN – nas cerimónias de abertura e de encerramento.

Foi com agrado que a delegação da OE se cruzou nos movimentados corredores do Centro de Congressos com vários enfermeiros portugueses que, optaram por não integrar a comitiva da OE, e a título individual ou profissional estiveram em Durban para apresentar os resultados do trabalho que desenvolvem. A estes colegas quero aqui deixar uma palavra de es-

pecial apreço. Quero realçar que foi com satisfação que alguns dos elementos da comitiva puderam assistir às apresentações dos seus colegas.

O Congresso do ICN foi antecedido da realização do Conselho Nacional de Representantes (CNR), a reunião magna que junta os mais de 130 membros do ICN e que se centrou na **inclusividade**, tendo debatido formas de trazer mais enfermeiros e instituições para o seio do ICN. A participação nesta reunião ficou a cargo dos representantes nomeados pelo FNOPE (Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermeiros) que sustenta a representação internacional da Enfermagem portuguesa.

O protocolo de constituição do FNOPE consagra a representação de Portugal através de um representante da OE (Bastonária) e de dois membros do FNOPE – um em representação dos sindicatos (em 2009 foi o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses – SEP) e um em representação das associações profissionais (em 2009 coube à Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP).

No âmbito do CNR o caso português é citado como exemplo dada a capacidade aglutinadora que permitiu que fosse constituído o FNOPE tendo em vista a filiação da OE no ICN. A OE substituiu em 2004 o membro português, Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE).

De realçar que este encontro ficou ainda marcado pela eleição de uma nova presidente para o ICN, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, da Austrália, substituiu a Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami. À primeira desejamos as boas-vindas e esperamos que o seu mandato seja frutuoso e bem-sucedido sob

a égide da palavra «**acesso**»: aos cuidados de saúde, aos direitos que constam da declaração universal dos direitos humanos e dos enfermeiros ao ensino da Enfermagem. Além da nova presidente, o ICN passou também a ter um novo Conselho Directivo, da qual faço parte, tendo sido eleita pela região europeia.

O 24.º Congresso quadrienal do ICN decorreu sob o lema «Liderar a mudança: Construindo Nações Mais Saudáveis». Este tema assume particular importância nos tempos que atravessamos não só em termos ambientais, mas também socioeconómicos, laborais e epidemiológicos. É que uma nação mais saudável só se consegue se, na base, tivermos cidadãos igualmente mais saudáveis e aí a Enfermagem tem um papel desempenhar determinante na proximidade e continuidade que os cuidados de Enfermagem representam nos cuidados de saúde. Num contexto de permanente e rápida mudança, a Enfermagem é obrigada a adaptar-se a uma cada vez maior complexidade de situações e necessidades.

A imagem que retemos desta passagem por África foi a força mobilizadora dos nossos colegas africanos que, apesar de todas as dificuldades, responderam positivamente a este apelo do ICN e fizeram do 24.º Congresso Quadrienal do ICN o mais concorrido de sempre da história da instituição. É este exemplo e esta força que devemos trazer para Portugal e procurar aplicá-la no dia-a-dia perante as adversidades com que nos deparamos.


A exemplo do que aconteceu com a participação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em Taipé, em 2005, e em Yokohama, em 2007, a Revista da Ordem dos Enfermeiros foi considerada o veículo de eleição para divulgar a participação

da OE no 24.º Congresso Quadrienal do ICN que se realizou em Durban, na África do Sul.

Ao dedicar este número a esta actividade internacional pretendemos dar oportunidade a todos os que não tiveram possibilidade de participar, de ficar a conhecer os trabalhos que foram apresentados pelos colegas que viram as suas comunicações aceites para apresentação e de ficar com uma ideia dos temas abordados de uma forma genérica. Da mesma forma, não quisemos que fosse esquecido o CNR e os temas lá em debate.

Esta edição da Revista da Ordem dos Enfermeiros começa com a rubrica dedicada a entrevistas. Para tornar mais fácil a leitura dos acontecimentos, optámos por apresentar a totalidade das apresentações efectuadas em Durban organizadas de uma forma cronológica.

Por razões de espaço, as comunicações a seguir expostas são resumos das apresentações efectuadas, tendo sido atribuídas duas páginas a cada prelector. Aos autores dos simpósios, por reunirem três apresentadores foram concedidas seis páginas. Esta limitação de espaço fez com que às apresentações proferidas durante o Congresso fossem suprimidas algumas partes como, por exemplo, a contextualização da realidade nacional, algo que em regra marca o início de qualquer comunicação institucional da OE feita fora do país para dar a conhecer o país e a realidade da Enfermagem existente.

No final encontrará o balanço sobre a participação de enfermeiros portugueses em Durban e informações úteis sobre a Conferência do ICN que se irá realizar em Malta em Maio próximo. 



# Sumário

N.º 35 | Setembro 2010

## Entrevista

- 04 Entrevista à Enf.ª Rosemary Bryant, Presidente do *Internacional Council of Nurses*
- 06 Entrevista ao Enf.º David Benton, Director Executivo do ICN
- 08 Entrevista à Enf.ª Maria Augusta Sousa, Bastonária da OE
- 10 Entrevista à Enf.ª Graça Farelo, vencedora do 1.º Prémio do Concurso de Comunicações Livres da OE
- 12 Mudar para construir nações mais saudáveis
- 20 *De 27 a 30 de Junho*  
Conselho de Representantes Nacionais – Problemas da Enfermagem em debate
- 25 Enf.ª Maria Augusta Sousa no Conselho Directivo do ICN



ARQUIVO OE



ordem dos  
**enfermeiros**

Número 35 | Setembro 2010 | www.ordemenfermeiros.pt | ISSN 1646-2629

CNR E 24.º CONGRESSO  
QUADRIENAL DO ICN 2009

ACESSO



ARQUIVO OE

## Divulgação

- 26 Apresentações de 30 de Junho
- 44 Apresentações de 1 de Julho
- 62 Apresentações de 2 de Julho
- 72 Apresentações de 3 de Julho
- 74 Instituições ligadas à Enfermagem apoiam participação de enfermeiros no Congresso
- 75 Enfermeiros portugueses moderam sessões durante o Congresso do ICN
- 76 *Fundação Internacional Florence Nightingale*  
Apoio de sucesso às jovens órfãs
- 77 Enfermagem mundial em Exposição
- 78 Avaliação da participação de enfermeiros portugueses no Congresso do ICN em Durban

## Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, Presidente do *Internacional Council of Nurses* Congresso na África do Sul foi um sucesso

Entrevista de: Paula Domingos

No final do seu primeiro congresso enquanto presidente do *Internacional Council of Nurses*, ICN, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant falou com a ROE. Fez um balanço positivo do primeiro evento deste nível realizado no Continente Africano e disse esperar que, desta forma, se tenha contribuído para chamar a atenção do mundo para os enfermeiros africanos, dificuldades e problemas com que debatem diariamente.

**Revista da Ordem dos Enfermeiros – Olhando para o Congresso do ICN, o que destacaria como momento mais importante?**

Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant – Não assisti a todas as apresentações. Fiquei muito impressionada com a sessão sobre direitos humanos que contou com a participação da professora Miriam K. Were, directora do Programa SIDA do Quênia. Também gostei da apresentação sobre Virgínia Henderson, devido à forma como o orador – professor Edward Halloran – integrou o seu trabalho na Enfermagem contemporânea, partindo da constatação de que a Enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, sabendo que não foi bem tratada no passado e que ainda existe discriminação em torno da Enfermagem nos sistemas de saúde. O debate que moderei intitulado «Transferência de Tarefas: solução ou problema?» também foi muito interessante.

**ROE – O que pensa sobre esta questão?**

RB – Considero que não há nenhuma resposta clara sobre a transferência de tarefas. Mas quero sublinhar que o papel do ICN não é tomar decisões, mas sim promover o debate e certificar-se que essa discussão não é minada com aspectos de pormenor.

**ROE – Qual deve ser o papel do ICN tendo em atenção que as realidades diferem entre países?**

RB – Em termos gerais, o ICN pode fazer *lobby*<sup>1</sup> através das associações nacionais, que são os membros do ICN. Além disso, também podemos estimular o debate junto da Aliança Mundial das Profissões de Saúde e da Assembleia Mundial de Saúde. A resposta a esta questão varia consoante o país e em relação às tarefas que podem ser transferidas. Contudo, temos de nos certificar que os enfermeiros podem melhorar o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde. Temos de nos assegurar que os enfermeiros podem transferir tarefas, mas também é importante que a um nível superior, os *nurse-practitioners* têm acesso a outras funções.

**ROE – O que significou este primeiro congresso em África?**

RB – O congresso foi um sucesso, basta ver o número de enfermeiros de África que participaram e que não o poderiam ter feito se se tivesse realizado noutro continente. Mesmo os que não participaram puderam atestar a grandeza de um evento que teve impacto na forma como a Enfermagem é encarada não só na África do Sul, mas em todo o Continente Africano. Espero que o termos organizado o congresso aqui tenha centrado as atenções nos enfermeiros africanos e nas suas dificuldades e problemas e os tenhamos encorajado a ver o futuro de uma outra forma. É essencial para demonstrar o valor da Enfermagem no País, e abordar fenómenos como a migração de profissionais.

**ROE – O que a levou a candidatar-se à Presidência do ICN?**

<sup>1</sup> A utilização da expressão *lobby* em inglês não tem o mesmo significado do que em português. Significa fazer pressão, mas sem um sentido pejorativo ou negativo como o que é habitualmente colocado em português.



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

**RB** – Já estava no Conselho Directivo do ICN há uns anos e achei que podia dar algo mais à Enfermagem. Tenho um grande compromisso com a Enfermagem e no desenvolvimento de estratégias para o seu fortalecimento. As questões da liderança, assegurar que fazemos *lobby* e que conseguimos propiciar condições para o desenvolvimento da profissão e o acesso das pessoas aos cuidados de saúde são as minhas preocupações. Também assumi um forte compromisso social no que respeita à Justiça Social.

**ROE** – Quais são as suas prioridades para o seu mandato?

**RB** – Há aspectos na organização do ICN estratégicos: o impacto da crise financeira global, temos de fazer pressão relativamente à crescente diminuição do acesso das populações a cuidados de saúde e à diminuição dos enfermeiros disponíveis na prestação de cuidados. Além disso, também precisamos de pressionar para termos mais enfermeiros nas organizações de Enfermagem. Actualmente, ainda existem países que não são membro do ICN e esperamos que venham a sê-lo. Outra questão são os projectos que o ICN tem pelo mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

**ROE** – Como pensa conseguir aumentar o número de enfermeiros representados pelo ICN?

**RB** – Há várias associações que querem tornar-se membros do ICN. Temos critérios definidos, mas há formas de facilitar a entrada de países individuais. Temos incentivos financeiros, a solução a encontrar depende do país. O facto de termos tantos países a quererem aderir, alguns com problemas que os impedem de preencher os critérios, pelo que temos de analisar os critérios em relação a cada realidade. O ICN pode procurar assegurar que os enfermeiros têm acesso a formação contínua. Temos formação, mas não temos formação contínua em África, temos de promover o *lobby* entre as organizações de forma a assegurar que os programas formativos são relevantes, que disponibilizam experiência e conhecimento que se reflecte na forma como ajudam os pacientes.

**ROE** – Como é que o ICN pode ajudar os países a reter os enfermeiros onde há grandes saídas de profissionais devido aos baixos salários?

**RB** – Existem vários documentos sobre ambientes favoráveis à prática. Temos feito *lobby* junto dos diferentes governos – por intermédio das associações membros do ICN – sobre esta questão. O documento que elaborámos é importante sobre o papel que as associações têm. Não apoiamos os países a recrutarem profissionais de países em desenvolvimento, mas estimulamos o recrutamento dentro do país. Temos é de procurar perceber o que os leva a optarem por esta via.


**ROE** – Um dos grandes problemas com que se depara a Enfermagem é a sobrecarga de trabalho. O que pode ser feito tendo em vista a diminuição desta situação?

**RB** – O excesso de trabalho é um factor que empurra os enfermeiros para fora da Enfermagem, talvez mais do que o ir para o estrangeiro. Temos procurado fazer *lobby* sobre esta questão. Também podemos apenas fazer uma campanha para alertar os governos.

**ROE** – Como encarou a discussão em torno do novo modelo de filiação que decorreu durante o CNR?

**RB** – É importante que o ICN esteja aberto a outras organizações dos países. Ficou claro que ainda não estamos preparados para decidir. Voltaremos a discutir este tema em 2011, mas depende dos países. Há muitas associações que estão filiadas no ICN que têm pouca representatividade. Ninguém dúvida que o aumento de membros conduzirá a um aumento de representatividade, mas não estamos preparados para ter mais do que uma associação por país no seio do ICN.

**ROE** – No seu entender, quais são os grandes desafios com que a Enfermagem e o ICN se irão deparar no século XXI?

**RB** – Penso que o desafio é a forma de assegurar que os enfermeiros são respeitados. Por outro lado, vejo oportunidades na melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Hoje estamos num ponto de desenvolvimento diferente do que há dez anos. Antevio um futuro optimista. Sei que há muitas dificuldades, mas tenho confiança nas capacidades dos enfermeiros. 

## **Enf.º David Benton, Director Executivo do ICN**

# A presença portuguesa é exemplificativa da força da liderança e da diversidade da prática de Enfermagem em Portugal

Entrevista de: Paula Domingos

O balanço do primeiro congresso do *International Council of Nurses* realizado em África não podia ser mais positivo. Quem o afirma é o Enf.º David Benton, Director Executivo do ICN que além de passar em revista este evento, fala do Conselho Nacional de Representantes realizado antes do congresso. Além disso, aproveita a oportunidade para abordar os projectos que o ICN está a desenvolver actualmente.

**Revista da Ordem dos Enfermeiros – Como foi o seu primeiro congresso como Director Executivo do ICN e o primeiro CNR?**

Enf.º David Benton – Foi divertido, emocionante, cansativo e absolutamente fabuloso. Retenho a energia extraordinária que marcou o congresso do início ao fim. Era palpável: estar no palco durante a Cerimónia de Abertura e ver e ouvir a emoção e entusiasmo foi incrível. Quase que podia tocar-lhe.

**ROE – Qual foi o momento mais importante e porquê?**

DB – Existem muitos momentos que poderia destacar. Durante o CNR foi impressionante ver a forma como os países trabalharam em conjunto.

Todos mostraram respeitar o outro e a sua diversidade. Os delegados mostram-se comprometidos e demonstraram reconhecer que, à medida que avançamos precisamos de construir tendo por base os nossos sucessos, encontrando formas de ser mais inclusivos. Também fiquei muito impressionado com a DENOSA (*Democratic Nurses Organisation of South Africa* – Associação Democrática de Enfermeiros da África do Sul). Os seus funcionários mostraram-se sempre calmos, organizados e profissionais e não posso esquecer o papel incrivelmente útil dos voluntários. A profundidade e a energia do acolhimento que recebemos foram extraordinárias. Os delegados vindos de todo o mundo tiveram oportunidade de

partilhar uma experiência que ficará certamente nas suas memórias.

Podemos aprender com a sua visão, compromisso, compaixão, camaradagem, energia e determinação. Gostaria de referir um momento que ocorreu durante o almoço do 75.º Aniversário da Fundação Internacional

Florence Nightingale (*Florence Nightingale International Foundation* – FNIF), quando uma jovem que beneficiou de uma bolsa desta instituição, Nondunduzo Dlamini da Suazilândia, se dirigiu aos presentes, falou – e cantou – sobre sua experiência e a importância de lhe ter sido dada a oportunidade para concluir o ensino secundário. Ela comoveu-nos com sua eloquência e coragem.

**ROE – Pode avaliar a participação no Congresso?**

DB – Participaram no Congresso mas de 5.500 enfermeiros. As sessões estiveram cheias e as pessoas espalharam-se pelos corredores.

**ROE – Como vê o debate em torno do novo modelo de filiação que decorreu durante o CNR?**

DB – Através do debate em torno do documento sobre o modelo de inclusividade do ICN percebemos que os actuais modelos têm ainda grande potencial. Foi reconhecido que um deles – o de associação – não tinha sequer sido implementado. Esta discussão fez ressurgir interesse sobre todos os modelos.

**ROE – Como viu a participação portuguesa?**

DB – Portugal tem sido um exemplo em demonstrar a utilização



ARQUIVO OE



criativa no modelo de filiação em vigor. Portugal teve uma influência muito positiva no debate, sublinhando o que o actual modelo permitiu alcançar. Tivemos uma forte delegação portuguesa que participou nas sessões e no programa científico. A presença portuguesa é exemplificativa da força da liderança e da diversidade da prática de Enfermagem.

**ROE – Que balanço faz dos primeiros meses enquanto *Chief Executive Officer* do ICN?**

DB – Os primeiros meses foram recheados de experiências e emoções. Fui muito apoiado pelo Conselho Directivo do ICN, seus membros e funcionários. A preparação pormenorizada deste último ajudou-me a compreender o real papel do ICN, o trabalho e as responsabilidades que me esperavam.

**ROE – Quais são as suas expectativas para o futuro?**

DB – Estou entusiasmado por trabalhar com um novo Conselho Directivo do ICN. Ao mesmo tempo, espero que o clima em torno dos cuidados de saúde se torne mais complexo e que a contribuição do ICN seja mais necessária do que nunca. A força das associações nacionais de enfermeiros tem aumentado, pelo que temos de aproveitar a sua energia e experiência para, à escala global, garantir que os cuidados de saúde são suportados por uma dinâmica prática de Enfermagem.

**ROE – Pode definir os principais projectos que estão a ser desenvolvidos pelo ICN?**

DB – O ICN tem vários projectos em três grandes áreas: bem-estar socioeconómico, prática profissional e regulação. Gostaria de sublinhar os projectos que estão a ser desenvolvidos em cada uma destas três áreas e também abordar os relacionados com o Centro de Bem-Estar para os Profissionais de Saúde, o Fundo Educativo para a Rapariga Urbana e o Instituto de Liderança Global do ICN. Na área do bem-estar socioeconómico uma grande iniciativa é a campanha de Ambientes Favoráveis à Prática. No âmbito da prática profissional gostaria de sublinhar o trabalho que temos vindo a desenvolver sobre tuberculose e tuberculose multiresis-


tente através da parceria que temos com a *Lilly*. Na sequência deste projecto já receberam formação mais de 500 enfermeiros que partilharam o conhecimento adquirido com mais de dez mil colegas dos países com elevados níveis de TB.

No que respeita às questões regulatórias gostaria de referir o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido tendo em vista uma nova ferramenta sobre o desenvolvimento da prática profissional. Actualmente, a Enfermagem enquanto profissão e todos os que estão envolvidos na sua regulação, tenta gerir a pressão que surge de várias vias, por exemplo, a crise financeira, os despedimentos, o aumento da intervenção dos governos ou o aparecimento de novas cátedras de trabalhadores. Esta pressão é acompanhada pelo aumento dos papéis requeridos aos enfermeiros, a alteração de tarefas e a especialização para referir apenas alguns. Neste âmbito, o ICN tem vindo a lançar várias publicações sobre regulação, com o desenvolvimento de uma ferramenta sobre a prática profissional de Enfermagem.

**ROE – Quer referir algum outro projecto que esteja a ser desenvolvido pelo ICN?**

DB – Gostaria de encerrar falando de três outros projectos do ICN – Os Centros de Bem-Estar para os Trabalhadores de Saúde e Famílias, o Fundo Educativo Rapariga Urbana e o Instituto de Liderança Global em Enfermagem.

O Centro de Bem-Estar do ICN está a ser implementado na África Subsaariana e pretende fortalecer o sistema de saúde e minimizar a falta de trabalhadores de saúde através da disponibilização de serviços de saúde para todos os trabalhadores de saúde suas famílias. Já o nosso Fundo Educativo Rapariga Urbana (*Girl Child Education Fund*) visa permitir aos enfermeiros responderem às necessidades das suas comunidades. Assim, são apoiadas jovens órfãs, menores de 18 anos, de países em desenvolvimento que, assim, podem completar o ensino primário e secundário. Cada uma é acompanhada por um enfermeiro voluntário que monitoriza o seu progresso. Actualmente apoiamos 270 jovens em países como o Quénia, a Swazilândia, o Uganda e a Zâmbia e temos mais de 40 graduadas desde que o programa começou em 2006.

Finalmente, quero referir a sessão inaugural do Instituto de Liderança Global em Enfermagem que terá lugar entre 7 e 12 de Setembro, irá disponibilizar formação avançada em liderança a enfermeiros. 

## Entrevista à Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

### «O ICN deve procurar ser cada vez mais a voz de todos os enfermeiros»

Entrevista de: Paula Domingos

A Bastonária da OE, Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, faz um balanço da participação da Ordem dos Enfermeiros (OE) no 24.º Congresso Quadrienal do ICN e no Conselho Nacional de Representantes (CNR). Outro dos assuntos abordados é a sua eleição para o Conselho Directivo do ICN e as expectativas para o mandato que se avizinha.

**Revista da Ordem dos Enfermeiros – Que balanço faz do CNR e da participação portuguesa?**

Sra. Bastonária – O CNR é um espaço de grande importância para o ICN, é uma espécie de Assembleia-Geral, onde estão representantes dos países membros do ICN, e onde são decididas as linhas orientadoras da instituição. Participaram enfermeiros de 92 países oriundos de realidades distintas e abordando de forma diferente as temáticas. O debate permite concluir que há questões e preocupações transversais aos países, embora existam especificidades de cada realidade. O CNR centrou-se em torno do modelo de filiação. Foram encontrados caminhos a percorrer neste âmbito, sendo que Portugal contribuiu para o debate, uma vez que o nosso modelo é único, dado que juntou associações profissionais, sindicatos e reguladores.

**ROE – O que pode ser feito em Portugal para aumentar a representatividade das organizações que integram o Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE)?**

Sra. Bastonária – O FNOPE constituiu-se na sequência de um trabalho iniciado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), como então membro do ICN com as associações profissionais e os sindicatos nos anos 2002/2003, e após a criação de novos modelos de filiação capazes de potenciar maior represen-

tatividade e inclusividade.

A existência da OE como entidade representativa e de regulação conduziu a que, na sequência do processo já iniciado, se optasse pelo modelo que envolve todas as organizações de enfermeiros que o desejem de acordo com o regulamento que consa-

gra a sua constituição. Neste quadro, nem todas as organizações existentes decidiram participar inicialmente no FNOPE. Contudo, o este é um espaço aberto onde todos podem ter lugar, basta manifestarem essa vontade e reunirem os requisitos. É bom reafirmar no que respeita à representatividade, que pelo facto de a OE ser hoje a associação filiada no ICN todos os enfermeiros portugueses são membros do ICN, podendo por isso usufruir das suas actividades e serviços. Por via do modelo adoptado, as associações que constituem o FNOPE também são membros do ICN e, assim, a representação portuguesa tem a expressão das três vertentes.

**ROE – Mas o ICN tem um papel a desempenhar...**

Sra. Bastonária – Sim, a moção que propusemos em conjunto com o Canadá é suficientemente ampla e aborda aspectos muito concretos. Cada país vai ter de olhar para a sua realidade e discutir a melhor forma de aumentar a inclusividade dos enfermeiros. O Conselho Directivo do ICN tem a responsabilidade de trabalhar com os países para ajudar a aumentar a inclusividade e fazer pontos de situação motivadores. Isto permitirá que, daqui a dois anos, possamos retomar esta matéria, alterar o que for necessário, para que possam ser tomadas decisões.



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### ROE – Durante o CNR foi eleita para o Conselho Directivo do ICN. Quais são as suas expectativas?

Sra. Bastonária – Quando aceitei candidatar-me fi-lo pensando ser um dever de todos quando nos comprometemos com uma causa. Tenho um caminho percorrido em prol da Enfermagem, mas sei que muito falta construir. O ICN, como todas as organizações internacionais, vai ser desafiado a mudar face às alterações que se avizinham sob o ponto de vista global e em relação à saúde das populações. O ICN deve procurar ser cada vez mais a voz de todos os enfermeiros. Acho que posso dar o meu contributo, mas também vou aprender muito nestes quatro anos, porque é um privilégio participar na vivência da Enfermagem no mundo. É necessário aumentar a solidariedade entre os enfermeiros e entre os países. É necessário que o ICN consiga ser cada vez mais a voz dos enfermeiros.

### ROE – Que balanço faz deste Congresso?

Sra. Bastonária – Este é o terceiro evento do ICN em que participo e teve a particularidade de ser aquele que contou com um maior número de participantes. E se juntarmos o ter sido o primeiro congresso realizado em África, mais relevante se torna ter sido o mais participado. Num continente onde todos sabemos as inúmeras dificuldades que existem, os nossos colegas fizeram um esforço e estiveram presentes. É diferente participar num congresso se o país de origem tiver um nível de vida médio, do que se tiver um rendimento mensal por vezes inferior ao nosso rendimento de um único dia. São aspectos que dão que pensar.

### ROE – Quais foram os momentos que marcaram o congresso?

Sra. Bastonária – A sessão de abertura pelo conjunto de emoções que desperta. Houve um conjunto de sessões interessantes e de grande valor, que deixaram marcas para o trabalho que vamos desenvolver nos próximos anos. O congresso é um momento que permite identificar áreas de actuação para os quatro anos de mandato que agora se iniciam. O segundo momento marcante foi o jantar organizado pela DENOSA, a associação sul-africana, que congregou pessoas de muitas origens e gerações e que homenageou antigas presidentes do ICN e a antiga directora executiva.


### ROE – Como analisa a participação portuguesa?

Sra. Bastonária – Realço o esforço feito para que todos tivessem um papel activo. Este grupo percebeu que era importante a participação institucional. Não se tratou de um passeio à África do Sul. As pessoas vieram, assumiram as suas responsabilidades e tiveram uma experiência enriquecedora, não só pela participação, mas porque dá uma nova abrangência da Enfermagem a nível mundial, o que dá uma responsabilidade acrescida aos enfermeiros. Tivemos uma participação de grande qualidade, abordámos vertentes do trabalho que estamos a desenvolver em Portugal como, por exemplo, o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional ou os Padrões de Qualidade. Também aprendemos com as apresentações a que assistimos, algo que vamos partilhar e que influenciará o nosso trabalho.

### ROE – Participou numa sessão que decorreu no auditório principal, pode falar um pouco desta experiência?

Sra. Bastonária – Foi uma honra participar numa mesa com tão ilustres participantes, como o professor Anthony Zara, que se centrou numa das temáticas que o ICN elege como importantes: a certificação de competências. A minha apresentação teve como tema o desenvolvimento e a certificação de competências, o que acaba por ser um reconhecimento do trabalho desenvolvido em Portugal.

### ROE – Que mensagem gostaria de deixar a todos os enfermeiros portugueses?

Sra. Bastonária – Gostaria de transmitir aos colegas que nos lêem que esta é uma experiência para vivenciar. Estes espaços e contextos têm sempre duas vertentes, uma é da partilha com enfermeiros de todo o mundo sobre os avanços e dificuldades que a Enfermagem sente; a outra vertente é o sermos portadores da nossa experiência, porque isto acontece em tempos espaços concretos só estando lá é que podemos vivenciar. Por isso, desejaria que mais colegas conseguissem participar. Estou certa de que o conhecimento da dimensão internacional ajuda a melhor valorizar a Enfermagem no plano nacional. 

## Entrevista à Enf.<sup>a</sup> Graça Farelo, vencedora do 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros – Congresso do ICN

### Resultados do trabalho sobre úlceras de pressão apresentado na África do Sul

Entrevista de: Paula Domingos

A comunicação apresentada pela Enf.<sup>a</sup> Graça Farelo foi a vencedora do Concurso Nacional de Comunicações Livres organizado pela Ordem dos Enfermeiros, tendo o seu trabalho sido apresentado a 30 de Junho de 2009 no Congresso do ICN que se realizou em Durban (África do Sul). «Implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a utentes com úlceras de pressão» foi o tema da comunicação apresentada, que resume o trabalho desenvolvido por um conjunto de cinco enfermeiros Grupo de Trabalho de Úlceras do Hospital Pedro Hispano e foi o mote para a conversa.

**Revista da Ordem dos Enfermeiros – Em que consiste o trabalho que a trouxe ao 24.º Congresso do ICN?**

Enf.<sup>a</sup> Graça Farelo – O trabalho que apresentei está relacionado com um projecto que temos desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e que é centrado no tratamento e prevenção de doentes com úlceras de pressão. Trimestralmente editamos a taxa de incidência de úlceras de pressão e, em 2006, constatámos a existência de um aumento da taxa de incidência de úlceras de pressão no hospital. Foi aí que decidimos desenvolver um programa tendo em vista a sua diminuição. A apresentação centrou-se neste facto e no trabalho desenvolvido.

**ROE - Há alguma explicação para o aumento da taxa de incidência das úlceras de pressão?**

Enf.<sup>a</sup> GF – Pensamos que a ver com o facto de termos passado

do registo manual para o registo electrónico, o que fez com que os valores passassem a ser mais aferidos. O programa que desenvolvemos implicou várias vertentes, como a revisão de protocolos, a formação, a revisão de manuais, a realização de auditorias semestrais, a formulação de indicadores, o envolvimento dos serviços.



ARQUIVO OE

**ROE - Já existem resultados deste trabalho?**

Enf.<sup>a</sup> GF – Sim, já existem dados no que respeita à taxa de incidência. Desde o segundo trimestre de 2007 que registamos uma diminuição da taxa de incidência de úlceras de pressão. No final de 2008 estávamos com uma taxa de 3,8%. Quando começámos o projecto, em 2006, o nosso objectivo era baixar para níveis inferiores a 5%, que são os valores referência retirados da literatura que consultamos. Continuamos a desenvolver este programa e a produzir dados trimestrais, que têm vindo a dar conta de valores na ordem dos 3%-3,5%.

**ROE - Quais as estratégias desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho para baixar a taxa de incidência das úlceras de pressão?**

Enf.<sup>a</sup> GF – Fomo-nos apercebendo do trabalho desenvolvido no



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Hospital, que juntámos à literatura que mencionava a taxa de incidência ideal, que deveria ser abaixo dos 5%. As estratégias implementadas vieram do trabalho desenvolvido. O grupo contou com a participação de cinco enfermeiros: Enf.<sup>a</sup> Célia Carvalho, Enf.<sup>a</sup> Inês Gonçalves, Enf.<sup>a</sup> Paula Botelho, Enf.<sup>o</sup> Renato Pinto e por mim própria. As estratégias passaram pela elaboração de um manual de prevenção e tratamento ao doente com úlceras de pressão, a uniformização de registos que foram divulgados em toda a instituição. Foram definidos novos indicadores – como taxas de cura, de eficácia de prevenção e de efectividade diagnóstica – foram envolvidos os serviços e efectuado um levantamento do material de prevenção de úlceras de pressão existente em cada serviço. Foi feita formação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das úlceras de pressão, realizadas auditorias e definidas estratégias tendo em vista a melhoria de cuidados.

### **ROE – Como surgiu a ideia de concorrer com uma comunicação ao Congresso do ICN?**

Enf.<sup>a</sup> GF – Foi um desafio proposto pela nossa enfermeira directora no sentido de darmos visibilidade ao trabalho efectuado pelo Grupo de Trabalho de Úlceras, constituído em 2000. A Enf.<sup>a</sup> Margarida Filipe sugeriu que seria interessante divulgar o trabalho que temos desenvolvido numa comunicação.

### **ROE – Como reagiram à aprovação para apresentação em Durban e ao primeiro lugar no concurso de comunicações livres da OE?**

Enf.<sup>a</sup> GF – O grupo ficou obviamente satisfeito. É bom ver o nosso trabalho reconhecido num evento internacional através da aceitação do resumo. O facto de ter ficado em primeiro lugar no concurso da Ordem foi muito bom, porque significa o reconhecimento nacional, já para não falar na vertente económica.

### **ROE – Como analisa a sua participação no Congresso do ICN?**

Enf.<sup>a</sup> GF – É a primeira vez que participo num evento deste cariz. Estava à espera de um evento de grande dimensão, mas a enver-

gadura, a diversidade de experiências e de culturas é maior do que antevia. O contacto com pessoas de outros países e culturas é uma experiência enriquecedora a nível pessoal e profissional. Além disso, permitiu-me constatar que, apesar de viver num país pequeno fazemos um bom trabalho. Já tinha essa percepção em Portugal, mas participar num congresso internacional como este permitiu-me consolidar essa opinião. As apresentações que vi de colegas portugueses são de grande nível.


### **ROE – Quais foram para si os momentos mais marcantes da participação no Congresso do ICN?**

Enf.<sup>a</sup> GF – A sessão de abertura foi o momento mais marcante deste congresso pela espontaneidade dos participantes. Em especial dos enfermeiros sul-africanos que encheram o espaço com a sua alegria e vitalidade com os seus cânticos, dando as boas vindas de uma forma calorosa a todos. A quantidade de enfermeiros que participam neste evento é marcante e significativa. As salas estão sempre cheias.

### **ROE – Qual foi a sessão ou apresentação que mais a marcou?**

Enf.<sup>a</sup> GF – A apresentação que gostaria de realçar foi a da Professora Miriam Were que abordou a relação entre Direitos Humanos e Saúde. A oradora apresentou o tema de uma forma empenhada e objectiva. Gostei muito de muitas das apresentações feitas por portugueses a que assisti, que considero terem sido de grande nível.

### **ROE – Qual é o balanço faz desta participação?**

Enf.<sup>a</sup> GF – Faço um balanço positivo. Não queria deixar de agradecer à Ordem dos Enfermeiros esta oportunidade, cuja comitiva me acolheu de forma muito agradável. Vinha um pouco apreensiva, por me juntar a um grupo que pouco conhecia, composto pelos Órgãos da OE, mas fui bem recebida e foi uma ótima experiência. No Conselho Nacional de Representantes (CNR) senti-me um pouco deslocada, uma vez que não consegui perceber bem o que se estava a passar, porque não conhecia os assuntos. 

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

# Mudar para construir nações mais saudáveis

Texto de: Paula Domingos

O balanço de quatro intensos dias de trabalho não podia ser mais positivo. O Continente Africano vestiu-se com cores quentes e ao som de cânticos tradicionais deu as boas-vindas à Enfermagem Mundial. «Liderar a mudança: Construindo Nações Mais Saudáveis» foi o tema escolhido pelo *International Council of Nurses (ICN)* para o seu 24.º Congresso Quadrienal que se realizou entre 30 de Junho e 3 de Julho de 2009. Ao longo destes quatro dias muitas foram as comunicações apresentadas por enfermeiros portugueses no *International Convention Centre* de Durban.

A delegação oficial da Ordem dos Enfermeiros marcou presença na África do Sul com o objectivo de representar Portugal no Conselho Nacional de Representantes (CNR) e no 24.º Congresso Quadrienal do ICN. Estes dois eventos decorreram na cidade de Durban, o primeiro entre 27 e 30 de Junho, o segundo entre 30 de Junho e 3 de Julho.

Em paralelo com o congresso esteve patente no *International Convention Centre* de Durban uma exposição que contou com a participação 54 instituições, incluindo, entre outras entidades, universidades, departamentos governamentais e editores. Ao longo dos quatro dias de congresso, estiveram também expostos nesta área *posters* da autoria de enfermeiros que participaram no evento.

Integraram a comitiva oficial da Ordem dos Enfermeiros (OE) ao congresso do ICN 23 elementos, sendo de realçar que, pela primeira vez, marcaram presença num evento deste cariz representantes de todas as Secções Regionais OE. No total, os elementos da OE que participaram no congresso foram responsáveis pela apresentação de três simpósios, 12 comunicações livres e um *poster*. Além disso, foram feitas apresentações em três outros grupos de trabalho que se reuniram durante o evento.

A comitiva da OE aterrou em solo sul-africano a 24 de Junho, depois de uma longa viagem com destino a Durban, a terceira maior cidade do país, localizada na província de Kwazulu-Natal, na costa do Oceano Índico. Nesse mesmo dia realizou-se a primeira reunião de trabalho ao final da tarde que serviu para concertar esforços e definir uma estratégia de trabalho para os intensos dias que se iriam seguir.

No CNR – que se assume como uma assembleia-geral da instituição que decorre de dois em dois anos – participou uma delegação do Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE) composta pela Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, Bastonária da OE, pela Enf.<sup>a</sup> Maria José Dias Pinheiro em representação da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e pela Enf.<sup>a</sup> Guadalupe Simões, Vice-presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP). (Poderá consultar noutras páginas da ROE um artigo específico sobre o CNR)

De realçar que os restantes 20 elementos que integraram a delegação oficial da OE tiveram oportunidade de participar no CNR na qualidade de observadores, uma experiência considerada enriquecedora. É que não é todos os dias que se pode assistir *in loco* a debates relacionados não só com o funcionamento de uma instituição como o ICN, mas também com os problemas e desafios com que se debate a Enfermagem a nível mundial.



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### 29 de Junho: Cerimónia de Abertura ao ritmo da música e cor sul-africanas

Cerca de cinco mil pessoas estiveram presentes na cerimónia de abertura do 24º Congresso do ICN que decorreu no *International Conference Center de Durban*, África do Sul. O evento ocorreu ao final da tarde de dia 29 de Junho e pretendeu dar as boas-vindas a todos os que vieram a Durban discutir os problemas que afectam a Enfermagem Mundial.

Tal como aconteceu na Conferência que se realizou em Yokohama e no Congresso que decorreu em Taipé, as três representantes do FNOPE (Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, Enf.<sup>a</sup> Guadalupe Simões e Enf.<sup>a</sup> Maria José Dias Pinheiro) participaram na Parada das Nações, esta última envergando um traje típico da Nazaré.

Na assistência, a comitiva portuguesa, com as *t-shirts* amarelas e as bandeirinhas lusas, não passou despercebida, não só pela animação, mas também pela interactividade com enfermeiros de vários países do mundo. De realçar que à comitiva oficial da OE se juntaram os vários enfermeiros portugueses que também participaram no Congresso do ICN.

A cerimónia contou com a presença do vice-presidente da África do Sul, Dr. Kgalema Motlanthe, do antigo presidente do Botswana, Dr. Festus Mogae, orador convidado da sessão inaugural do congresso, do Enf.<sup>o</sup> David Benton, Director Executivo do ICN, e da Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami, Presidente do ICN.

Depois da Parada das Nações, que juntou 92 países, seguiram-se os discursos, do Vice-Presidente sul-africano e da Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami. Dirigindo-se a uma plateia animada, o Dr. Kgalema Motlanthe falou do importante papel que os enfermeiros desempenham no seu país, sublinhando o trabalho desenvolvido pela *Democratic Nurses Organisation of South Africa* (DENOSA).

O tema para este congresso «Liderar a mudança: Construindo Nações Mais Saudáveis» prova que a Enfermagem está consciente e responde aos desafios que estão perante os sistemas



ARQUIVO OE

de prestação de cuidados de saúde. Dando as boas-vindas aos congressistas, o Vice-Presidente da África do Sul acrescentou ainda que «em sistemas de saúde reestruturados, os enfermeiros devem ser directamente responsáveis pelo desenvolvimento de políticas e devem estar posicionados em todos os níveis de governo para liderarem o desenvolvimento dos processos políticos».

A Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami mostrou-se satisfeita por este congresso se realizar em África e aproveitou a oportunidade para fazer um balanço do seu mandato. «Se tivesse de escolher uma palavra para ilustrar o meu mandato, essa palavra seria harmonia. Procurei trazê-la ao ICN ao longo destes quatro anos». Explicou aos presentes que em japonês esta palavra vai mais além, significa cuidar dos outros. Recorde-se que harmonia foi a palavra que a Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami escolheu como palavra de ordem (*watch-word*) para ilustrar o seu mandato. Daí que não seja de estranhar que tenha feito uma alusão à mesma na abertura do seu último congresso enquanto presidente do ICN.

A recém-eleita presidente do ICN, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, agradeceu os últimos cinco anos de dedicação da Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami à frente do ICN, pelo «tremendo trabalho» que desenvolveu.

Durante a cerimónia foi entregue o prémio Christiane Reimann ao Dr. Máximo González Jurado, presidente do *Consejo Gene-*

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO OE

Assim, o tempo era repartido pelas várias salas a fim de recolher o máximo de informação possível e procurando maximizar a troca de experiências com enfermeiros de todo o mundo.

O dia ficou marcado pela sessão proferida pelo Dr. Festus Mogae, presidente do Botswana entre 1998 e 2008, que saudou a realização do congresso na zona do mundo mais afectada por pandemias como o HIV e a SIDA. Este interveniente sublinhou o «papel de liderança» dos enfermeiros «na disponibilização de cuidados de saúde e enquanto modelos das comunidades, especialmente num período em que doenças emergentes como o VIH e a SIDA, a Malária, a Gripe Suína e o reaparecimento da tuberculose levam ao limite os nossos já desadequados sistemas de saúde.»

Além disso, aproveitou para relembrar a elevada consideração que tem dado aos enfermeiros, cujo «papel desempenhado e capacidades de liderança» vieram a fazer com que nomeasse um como Ministro da Saúde em 2004.

«As vossas decisões influenciam os custos globais da prestação de cuidados. O vosso envolvimento em todos os níveis de desenvolvimento das políticas de saúde e inovação, é crítico para a forma como se encaram os desafios para a Saúde no mundo (...) pelo que é importante que os governos vos envolvam como participantes activos no desenvolvimento das políticas de saúde».

Das múltiplas sessões que se realizaram destacam-se as primeiras apresentações a cargo dos portugueses em salas onde decorriam sessões paralelas. No que diz respeito às sessões principais há a destacar o debate em torno do papel de liderança que os profissionais de saúde precisam de assumir no que respeita à prestação de cuidados, onde marcaram presença o Enf.º Alexandre Bischoff da Suíça, e as Enf.ªs Janet Davies e Jennifer Dohrm, respectivamente do Reino Unido e dos Estados Unidos da América.

Neste primeiro dia de congresso muitos foram os portugueses chamados a dar o seu contributo. As primeiras a serem chamadas a intervir foram a Enf.ª Conceição Martins, Presidente do Conselho

*ral de Enfermaria de Espanha*, pelos seus mais de 30 anos de trabalho dedicados ao desenvolvimento da Enfermagem não só no seu país, mas também noutras partes do mundo. Este galardão é entregue de quatro em quatro anos e reconhece o trabalho, a visão, a liderança e o compromisso de personalidades que se destacaram em prol da Enfermagem Mundial.

De referir que na manhã deste dia se tinha já realizado uma Assembleia de Estudantes de Enfermagem, cujo objectivo foi dar oportunidade aos jovens – estudantes de licenciatura e de outros graus académicos – de tomarem um primeiro contacto com os assuntos chave que se constituem como prioridades da Enfermagem Mundial. Este encontro, apesar de contar com o apoio do ICN, foi organizado pelos próprios estudantes que, em conjunto com a DENOSA, presidiram à reunião. Ao longo da manhã ouve ainda tempo para discutir um relatório sul-africano subordinado ao tema «Estudantes de Enfermagem, agentes da mudança na construção das comunidades e das nações».

### 30 de Junho: As primeiras apresentações

Salas de conferência cheias, animação e interesse pelos temas em debate. Estas foram as imagens de marca do primeiro dia de trabalho no 24º Congresso Quadrienal do ICN. Em simultâneo com as sessões principais que estiveram invariavelmente cheias, os participantes tinham à sua disposição sessões paralelas a decorrer em 17 salas.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO OE

Jurisdicional Regional da Secção Regional (SR) do Centro, e a Enf.<sup>a</sup> Carmen Andrade, Vogal suplente do Conselho Directivo Regional da SR da Região Autónoma dos Açores, que moderaram duas sessões. A primeira mediou uma sessão sobre «Defesa, *Lobby* e Legislação», enquanto a segunda moderou a sessão subordinada ao tema «Tecnologia, as inovações e a tecnologia da informação». De realçar que esta sessão foi marcada pela apresentação da Enf.<sup>a</sup> Graça Farelo, vencedora do Concurso Nacional de Comunicações Livres promovido pela OE, subordinada ao tema «Implementação de um Programa de melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados a Utentes com Úlceras de Pressão».

Sensivelmente à mesma hora, os Enf.<sup>os</sup> Sérgio Deodato e Germano Couto também se estreavam a apresentar os trabalhos que os trouxeram à África do Sul. O Enf.<sup>o</sup> Sérgio Deodato, presidente do Conselho Jurisdicional da OE, fez uma comunicação sobre Sigilo Profissional, em concreto «Sigilo Profissional em Enfermagem: Garantir a confiança», numa sessão moderada pelo Enf.<sup>o</sup> Alexandre Tomás, Secretário do Conselho Directivo Regional da SR do Sul da OE. Enquanto, por seu lado, o Enf.<sup>o</sup> Germano Couto, presidente do Conselho Directivo da SR do Norte da OE, abordou o tema «Cuidados de Enfermagem nas Prisões».

A Enf.<sup>a</sup> Lucília Nunes, presidente do Conselho de Enfermagem da OE, depois de ter participado numa reunião que juntou historiadores da Enfermagem, juntou-se aos Enf.<sup>os</sup> Rogério Gonçalves, Presidente do Conselho Directivo da SR do Sul da OE (em

representação da Bastonária da OE) e à Enf.<sup>a</sup> Guadalupe Simões num simpósio sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional. De referir que esta foi uma sessão dominada pela representação portuguesa, uma vez que além dos prelectores, também o moderador, o Enf.<sup>o</sup> Manuel Oliveira, Presidente do Conselho Directivo da SR do Centro da OE) era português.

Antes do encerramento dos trabalhos, houve ainda oportunidade de ouvir o Enf.<sup>o</sup> António Manuel, coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da OE, fazer uma apresentação sobre «Sistemas de Informação em Enfermagem e a política nacional: o caso do Resumo Mínimo de Dados em Portugal» numa sessão sobre tecnologia, inovação e informática.

### 1 de Julho – Direitos Humanos e Modelo de Desenvolvimento Profissional

O ritmo intenso do primeiro dia de congresso repetiu-se a 1 de Julho. A manhã começou com uma sessão principal marcante, onde a oradora principal, a professora Miriam K. Were, do Quénia, falou sobre Saúde e Direitos Humanos. Esta considera «os enfermeiros e os enfermeiros obstétricos incríveis pela forma como desempenham o seu trabalho, pela forma tenaz como abraçam a profissão e perseguem os objectivos em que acreditam».

Partindo do artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma que «toda a pessoa tem direito a um



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar» a prelectora passou em revista a situação vivida no Continente Africano para concluir que é claro que «em muitas partes do mundo, o direito à saúde é um direito negado. Em nenhum lado como na África sub-sahariana esta situação é clara». Realçou ainda que, no Quénia, a transmissão do VIH ocorre numa proporção de uma em cada 16 pessoas, sendo que nas zonas mais povoadas este *ratio* sobe de um para sete.

Ao longo da apresentação, a oradora focou o crescente número de enfermeiros desempregados registados no Quénia devido a uma decisão do Governo e dos serviços de saúde locais que decidiram colocar nas mãos de agências privadas a contratação de profissionais de saúde, mas em que estes desempenham as funções de enfermeiros por menos dinheiro.

Poucos minutos depois desta sessão terminar, era oficialmente lançada numa sessão de acesso restrito a versão CIPE 2, onde esteve presente uma delegação da OE com elementos provenientes das cinco SR.

Enquanto numa sala a Enf.<sup>a</sup> Lucília Nunes, acompanhada pelo Enf.<sup>o</sup> António Nabais, do Conselho de Enfermagem da OE, e pelo Enf.<sup>o</sup> Manuel Oliveira, fizeram uma apresentação subordinada ao tema «Padrões de Qualidade: Avaliação da disseminação e apropriação do projecto», o Enf.<sup>o</sup> António Manuel participava numa reunião sobre o Projecto Rapariga Urbana (*Girl Child*), onde fez uma apresentação sobre o desenvolvimento deste projecto do ICN em Portugal, na qual divulgou a versão inglesa do relatório elaborado sobre esta iniciativa em Portugal.

Alguns minutos mais tarde, o mesmo Enf.<sup>o</sup> António Manuel participava na apresentação de um simpósio sobre o Projecto Centro de Oportunidades e Inovação em Saúde (Cois@), desenvolvido por um grupo de enfermeiros liderados pelo Enf.<sup>o</sup> Nelson Guerra, que participaram na primeira edição do Programa Liderança Para a Mudança em Portugal. O Enf.<sup>o</sup> António Manuel fez uma análise relacionada com a participação da OE nesta inicia-

tiva, as Enf.<sup>as</sup> Helena Pestana e Ana Cristina Mesquita falaram do trabalho desenvolvido pelo grupo.

Ao início da tarde, a Enf.<sup>a</sup> Conceição Martins e o Enf.<sup>o</sup> Alexandre Tomás explanaram sobre, respectivamente, «Responsabilidade Profissional em Enfermagem» e «Qualidade dos Serviços de Saúde, uma perspectiva integradora».

Durante esta tarde, foi apresentado o estudo «Expectativas e Necessidade dos enfermeiros: resultados de um inquérito global», uma iniciativa conjunta do ICN, da Pfizer e da APCO Insight. Nesta sessão marcaram presença além do Enf.<sup>o</sup> David Benton, a Enf.<sup>a</sup> Thembeke, Secretária-Geral da DENOSA, a Dr.<sup>a</sup> Paula Decola, da Pfizer, e o Dr. Phil Riggins, da APCO Insight.

O responsável do ICN realçou a importância da Enfermagem com os seus 13 milhões de profissionais. «O estudo dá-nos a forma como [os enfermeiros] vêm a Enfermagem», afirmou. «Ao lançar este estudo, o ICN quis perceber que desafios e oportunidades preocupam os enfermeiros de todo o mundo», e continuou dizendo que há uma mensagem que, no seu entender, não pode ser escamoteada: «a elevada carga de trabalho e o seu elevado impacto nos cuidados prestados».

Dos dados obtidos no estudo é realçar que 46% dos enfermeiros considera que a sua carga de trabalho piorou nos últimos cinco anos. Contudo, cerca de 40% admitem que a Enfermagem está melhor do que há cinco anos. Além disso, 92% dos cerca de 2200 enfermeiros inquiridos em 11 países – África do Sul, Brasil, Colômbia, Estados Unidos, Japão, Portugal, Quénia, Reino Unido, Taiwan e Uganda – afirmam que sentem com frequência constrangimentos de tempo que os impedem de passar o tempo que eles consideram necessário com os doentes.

Há que realçar que as conclusões obtidas deixam antever uma outra preocupação, como disse o Director Executivo do ICN: «globalmente, os enfermeiros estão preocupados e há uma maioria que pensa sair da profissão. É essencial que os enfermeiros se envolvam e se comprometam em negociar com

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO OE

quem governa. Ao fazê-lo têm oportunidade de lutar pela sua profissão».

### 2 de Julho – um dia com muitas apresentações portuguesas

O terceiro dia de Congresso voltou a ser um dia com fortes e múltiplas intervenções a cargo de elementos que integraram a comitiva oficial da OE ao Congresso do ICN. O grande destaque residiu na apresentação a cargo da Bastonária da OE, Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, no auditório principal do Centro Internacional de Congressos de Durban. Perante uma plateia repleta de assistência ávida por conhecimento e partilha de experiências, a Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa falou sobre «Desenvolvimento e Certificação de Competências – uma estratégia de Regulação Profissional».

Mas o dia foi bastante intenso, começou duas sessões de grande importância no salão plenário. A primeira tratou-se de uma leitura sobre Virginia Hendersen e a segunda, logo de seguida, foi um debate moderado pela recém-eleita presidente do ICN, Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, sobre «Alteração de tarefas: solução ou problema». Aliás, estes dois momentos foram, no entender da presidente do ICN, dois dos momentos altos da 24.<sup>a</sup> edição do Congresso do ICN.

Da actividade da delegação da OE há a realçar da parte da manhã a apresentação feita pelo Enf.<sup>o</sup> António Manuel sobre

o Programa Liderança Para a Mudança, sendo que mais tarde viria a moderar uma reunião sobre o Projecto Biblioteca Móvel. Recorde-se que esta é uma iniciativa promovida pelo ICN a que a OE se associou e que com ela está a distribuir um baú metálico com livros em zonas remotas de alguns países dos PALOP. Nesta sessão, o Enf.<sup>o</sup> Júlio Branco, Secretário do Conselho Directivo da OE e coordenador do Gabinete de Comunicação e Imagem, fez uma síntese do desenvolvimento do Projecto Biblioteca Móvel que está a ser promovido pela Ordem. Noutra sala, o Enf.<sup>o</sup> Alexandre Tomás falava sobre «A melhoria dos cuidados de Saúde através do combate ao exercício ilegal da profissão».

Ao longo deste dia, as moderações levadas a cabo por membros da delegação lusa não se ficaram por aqui. A Enf.<sup>a</sup> Ana Cristina Mesquita, Presidente do Conselho Fiscal Regional da SR do Sul da OE, a Enf.<sup>a</sup> Paula Franco, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da SR do Sul da OE e a Enf.<sup>a</sup> Carmen Andrade foram as responsáveis pela condução de três sessões sobre temas variados.

Houve ainda espaço para os congressistas poderem assistir a outras apresentações portuguesas. Em grande actividade, o Enf.<sup>o</sup> Sérgio Deodato marcou presença em duas sessões: «Sigilo Profissional em Enfermagem: Garantir a confiança» e «Direitos Humanos e Deontologia Profissional». Ao mesmo tempo, mas noutra sala, a Enf.<sup>a</sup> Conceição Martins fazia uma apresentação



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

sobre «Responsabilidade Profissional em Enfermagem». Por fim, o Enf.º António Manuel abordou o tema «Enfermeiros estrangeiros em Portugal» numa das últimas sessões do dia.

Um dos grandes momentos foi o tradicional almoço de angariação de fundos da Fundação Internacional Florence Nightingale (*Florence Nightingale International Foundation – FNIF*), que este ano teve como convidada central Nondunduzo Dlamini, da Suazilândia, uma jovem apoiada por este programa, que completou o Ensino Secundário e aproveitou a oportunidade para partilhar a sua experiência com os presentes no almoço.

Recorde-se que esta iniciativa foi lançada em 2005 e que tem por objectivo apoiar a educação e formação de jovens órfãs filhas de enfermeiros. A edição de 2009 deste evento de solidariedade ficou também marcada pelo lançamento de duas iniciativas: a reedição, 150 anos depois, do livro «*Notes on Nursing: A Guide for Today's Caregivers*» (Notas sobre Enfermagem: um guia para os prestadores de cuidados de hoje) e pela apresentação da roseira Florence Nightingale «Uma Rosa por uma Causa», sendo que uma parte dos lucros desta iniciativa reverte para a FNIF no apoio às jovens órfãs.

### 3 de Julho – Sentimento de dever cumprido

O dia 3 de Julho amanheceu já com um tom de descompressão. O elevado número de comunicações apresentadas por elementos da comitiva da OE nos dias anteriores deu lugar a uma manhã mais calma, onde pontuou uma moderação realizada pela Enf.ª Salomé Matos, do Conselho Jurisdicional Regional da SR da Região Autónoma dos Açores, e uma apresentação a cargo do Enf.º Alexandre Tomás sobre «Identificação das Necessidades de Saúde da População».

Apesar de ser um dia marcado pelo encerramento dos trabalhos vários foram os motivos de interesse. O destaque vai para a sessão de abertura do dia subordinada ao tema «Financiamento dos Sistemas de Saúde», seguida de outra sobre «Ambientes Favoráveis à Prática». Nesta última sessão, a Enf.ª Mireille Kingma, Directora da campanha, fez um balanço desta iniciativa,



ARQUIVO OE

adiantando que vai ser estendida a países como Marrocos, Uganda e Zâmbia sob o lema «Qualidade os locais de trabalho pela qualidade dos cuidados». «O objectivo da nossa campanha de ambientes favoráveis à prática é promover a qualidade dos serviços de saúde através de ambientes de trabalho que suportem um desenvolvimento de excelência».

O Enf.º David Benton, ao fazer um balanço do Congresso, disse estar «maravilhado com o nível de debate alcançado. Retenho facto de ter gerado tanto interesse, a energia dos participantes, a qualidade das apresentações. Tenho a certeza que as pessoas que aqui partilharam a sua experiência irão para casa mais ricas».

O balanço, segundo as suas palavras não podia ser mais positivo, tendo sido superadas as expectativas da organização. «Estiveram presentes no congresso mais de 5600 participantes, dos quais mais de 3600 oriundos do continente africano. A iniciativa fica na memória de todos, não só pela qualidade científica dos trabalhos, mas também pela animação e cor que os participantes trouxeram ao *International Conference Center*», disse.

A animação que se registou na cerimónia de abertura do congresso repetiu-se na cerimónia de encerramento, desta feita já com um sentimento de saudade à mistura. Este foi o momento de passagem de testemunho não só dos corpos directivos do ICN, mas também da organização dos eventos de maior envergadura. Por outras palavras, os elementos do Conselho Directivo



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

do ICN deram o seu lugar a novos membros, eleitos em Durban, durante o CNR. E aqui destacamos a eleição da Bastonária da OE, Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, para o Conselho Directivo deste organismo internacional. Além disso, a organização do Congresso sul-africano deu as boas vindas às congéneres de Malta e da Austrália que, respectivamente, em 2011 e 2013 irão receber as Conferências e o Congresso do ICN.

Na cerimónia de encerramento, altura em que foi feita a transição do colar, que simboliza a presidência do ICN, da Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami para a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant ambas falaram com satisfação do Congresso, felicitando não só a organização da DENOSA, mas todos os que tiveram a possibilidade de participar neste evento memorável.

No seu primeiro discurso na qualidade de presidente do ICN, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant afirmou: «Aqueles que me conhecem, sabem que acredito profundamente na Enfermagem. Como profissão e como forma de facilitar a mudança não só pessoal, mas também em consonância com os outros e com o mundo. Não há nada mais importante do que a compreensão, o cuidar dos outros, o defender aqueles que, por qualquer que seja a razão, precisam de aceder aos serviços de saúde, ao apoio, ao conforto e aos cuidados».


Assim, não é de estranhar que «acesso» será a palavra de ordem (*watchword*) que marcará o seu mandato, sendo que esta palavra assume um cariz simbólico. É, no fundo, algo que a presidente do ICN irá prestar especial atenção durante o seu mandato e é uma tradição associada ao mais alto cargo na hierarquia desta organização.

Quando se refere a acesso, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, pretende dizer acesso aos cuidados de saúde, aos direitos que constam da declaração universal dos direitos humanos e acesso dos enfermeiros ao ensino da Enfermagem. E aqui não só os enfermeiros, mas também o ICN poderá ter uma palavra a dizer: «Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado para tornar [o acesso] possível. O ICN também ocupa um lugar privilegiado na assistência aos membros que, em nome dos seus constituintes, defendem o acesso a



ARQUIVO OE

bons cuidados de saúde. O acesso a cuidados de saúde em qualidade e quantidade é, por isso mesmo, vital para que a comunidade consiga alcançar os seus objectivos em termos de saúde».

Foi com uma amostra do muito que espera a Enfermagem mundial em Malta que o Sindicato de Enfermeiros e Enfermeiros Obstetras de Malta (*Malta Union of Midwives and Nurses*) convidou todos os presentes em Durban a visitar o país e a participar na próxima edição das Conferências do ICN que se realiza em Maio de 2011 nesse país. Por seu lado, o Colégio Real de Enfermeiros da Austrália, *Royal College of Nursing*, levantou um pouco do véu do que Melbourne tem para oferecer a quem participar no 25.º Congresso Quadrienal do ICN, em Maio de 2013. 



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

**De 27 a 30 de Junho**

# Conselho de Representantes Nacionais: Problemas da Enfermagem em debate

Texto de: Paula Domingos

Entre 27 e 30 de Junho, reuniu em Durban o Conselho de Representantes Nacionais (CNR), a maior estrutura de governação do *International Council of Nurses* (ICN). Em destaque na reunião de 2009 estiveram as eleições para o Conselho Directivo e o debate em torno do modelo de filiação na instituição. O encontro bienal do CNR, que tem como membros 133 organizações de enfermeiros de todo o mundo, decorreu nos dias que antecederam a realização do 24º Congresso Quadrienal do ICN.

A comitiva da OE ao CNR foi composta pela Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, pela Enf.<sup>a</sup> Maria José Dias Pinheiro, membro dos corpos gerentes da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP), e pela Enf.<sup>a</sup> Guadalupe Simões, Vice-Coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, em representação do Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE).

De realçar que os enfermeiros que integraram a comitiva da OE ao Congresso tiveram oportunidade de assistir às sessões abertas do CNR na qualidade de observadores, o que constituiu uma oportunidade quase única de ver como funciona uma organização internacional do âmbito do ICN.

### 27 de Junho

Coube à Presidente do ICN, Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami, ao Secretário Executivo, Enf. David Benton, e ao Presidente da Associação Democrática de Enfermeiros Sul-Africanos (DENOSA), Enf. ° Ephraim Phahlane Mafalo, dar as boas vindas aos delegados 85 países que marcaram presença no CNR.

A Enf.<sup>a</sup> Hiroko Minami começou por se dirigir aos presentes afirmando estar «muito satisfeita com a elevada participação



dos membros do ICN ao CNR». Por seu lado, Enf.º David Benton contextualizou os dois grandes temas do encontro: a eleição do novo presidente e do conselho directivo do ICN e a discussão sobre o novo modelo de filiação.

Por último, Enf.º Ephraim Mafalo, o anfitrião do evento, deu as boas-vindas a todos afirmando estar «encantado não só como sul-africano, mas também como africano por receber a Enfermagem mundial em Durban».

Seguindo uma apertada agenda de trabalhos, o Enf.º David Benton, naquele que foi o seu primeiro CNR enquanto Secretário Executivo, apresentou o relatório do seu trabalho, onde analisou as principais questões com que a instituição se defronta, as suas prioridades estratégicas e as actividades desenvolvidas.

Das várias intervenções de delegados nacionais que se seguiram, destacou-se a intervenção da Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, que sublinhou a forma tranquila e estável pela forma como foi feita a transição da anterior secretária executiva, Enf.<sup>a</sup> Judith Oulton para o actual, ocorrida em finais de 2008.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

A parte da tarde foi dedicada ao debate sobre o novo modelo de filiação do ICN, uma questão que dominou os trabalhos nos dias seguintes.

### 28 de Junho

No segundo dia de CNR foi aprovada por unanimidade a adesão da Associação Nacional de Enfermeiros do Suriname ao ICN, tendo sido ainda discutidos os relatórios dos membros e financeiro, apresentados, respectivamente, pela Enf.<sup>a</sup> Edith Allwood-Anderson, membro do conselho directivo do ICN, e pelo Enf.<sup>o</sup> Franz Wagner, primeiro Vice-Presidente do ICN. O primeiro relatório referido foi aprovado por unanimidade, enquanto o segundo voltou a ser discutido no dia 29 de Junho, indo ao encontro de uma moção apresentada.

É nesta apresentação sobre os membros do ICN que pode encontrar-se explicação sobre a importância do debate sobre o modelo de filiação no ICN. «Este biénio [2007-2009] assistiu ao crescente interesse na filiação no ICN, que continuou a crescer em termos de associações e de enfermeiros representados. O Conselho Directivo continua preocupado com o número de organizações que representam pequenas percentagens de enfermeiros nos seus países. Nestas condições, a associação tem com frequência influência nacional limitada, o que enfraquece a credibilidade do ICN como voz global da Enfermagem». É que só aumentando o número de enfermeiros representados pelas associações que integram esta organização internacional é que se poderá dar mais peso e mais voz à Enfermagem mundial.

Da parte da tarde os delegados ao CNR e os observadores (onde se inclui a restante comitiva da OE) dividiram-se em quatro fóruns. Aqui os delegados tiveram oportunidade para partilhar experiências relativamente às suas perspectivas nacionais, identificando lacunas e áreas onde o ICN poderá ter uma palavra a dizer. (ver texto na página seguinte)

### 29 de Junho

O terceiro dia de CNR ficou marcado pelas eleições para os ór-

gãos directivos do ICN e pela discussão, votação e aprovação de uma moção sobre o modelo de filiação do ICN apresentada por Portugal e pela Associação de Enfermeiros do Canadá (*Canadian Nurses Association*).

Candidataram-se à presidência do ICN, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, da Austrália, até aqui 2<sup>a</sup> Vice-Presidente, e a Enf.<sup>a</sup> Edith Allwood-Anderson, da Jamaica, também membro do Conselho Directivo do ICN.

Quanto à moção apresentada em conjunto por Portugal e pelo Canadá, em síntese, o documento propôs que a discussão em torno do novo modelo de filiação do ICN fosse abandonada até ao próximo CNR que irá decorrer em 2011, em Malta. Durante este período, os membros comprometeram-se a aprofundar o debate em torno desta questão e a promover políticas que promovam a inclusividade e o aumento do número de membros. Por seu lado, o ICN irá promover o estudo desta questão, monitorizar o trabalho desenvolvido pelos países e promover uma política de comunicação.


O objectivo desta moção foi garantir que não se fecha a porta ao debate em torno do modelo de filiação, mantendo em funcionamento os modelos aprovados em 2001 (tradicional, associação, colaboração e aliança). Em paralelo, os delegados presentes no CNR comprometeram-se a reformular e desenvolver o modelo de filiação que mais se adapte ao respectivo caso, tendo em vista um aumento da inclusividade no ICN e, por inclusividade



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

entende-se um aumento não só de países membros, mas também de enfermeiros representados por esta estrutura.

### 30 de Junho

O dia de encerramento do CNR ficou marcado pela divulgação dos vencedores da eleição para a presidência do ICN e para o Conselho Directivo. O anúncio da vitória da Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant (até aqui a segunda vice-presidente do ICN) foi feito na sessão de encerramento do CNR, altura em que também ficou a saber-se que a Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta de Sousa foi eleita para o Conselho Directivo na área geográfica em que Portugal está incluído (ver texto sobre eleições). De sublinhar que as actividades deste dia ficaram marcadas pela sobreposição com o Congresso. 



ARQUIVO DE

## Principais conclusões dos Fóruns do ICN

«Os temas dos quatro fóruns realizados durante o CNR foram:

- Política e políticas;
- Cuidados Domiciliários;
- Saúde Ambiental;
- Cuidados de Saúde Primários.

Vamos de seguida sintetizar o debate realizado em torno de cada uma destas temáticas.

### Fórum 1: Política e Políticas

No fórum que debateu as políticas, cada um dos representantes dos diversos países teve oportunidade de partilhar a sua experiência e foi possível percepcionar diferentes realidades, tendo alguns deles apontado a presença de enfermeiros nos respectivos parlamentos nacionais. As questões-chave identificadas neste debate estão relacionadas, por um lado, com o crescente aumento do envolvimento nas actividades políticas nacionais, sendo que o relacionamento com os políticos é fundamental para a Enfermagem. Por outro lado, foi reconhecido o potencial

oriundo do envolvimento dos enfermeiros em actividades políticas, mas há elementos como a sociedade e o sistema político que têm de ser levados em linha de conta. Algumas associações nacionais de enfermeiros (ANE) mencionaram o desafio contínuo de assegurar o envolvimento da Enfermagem ao nível do Ministério da Saúde. A importância de estarem envolvidos na Assembleia Mundial de Saúde (AMS), quer através da integração na comitiva do seu país, quer através da integração na comitiva do ICN.

Além disso, muitas ANE mencionaram o valor da formação e desenvolvimento relativamente às capacidades parlamentares e sublinhando que estas são fundamentais para que os enfermeiros consigam ser efectivos.

No que respeita a lacunas, afirmou-se que o ICN deve adoptar uma posição sobre a necessidade das delegações nacionais à AMS incluírem enfermeiros por forma a aumentar a sua representatividade a nível internacional. Considerou-se também que o ICN deve concertar posições com outras organizações internacionais a fim de aumentar o impacto das suas preocupações com as comunidades.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

No âmbito das soluções propostas surgiram o tornar as comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro mais eficazes a nível político, de forma a comprometer os políticos e, em simultâneo, promovendo a imagem da Enfermagem. Além disso, considerou-se que o ICN deve impulsionar a nomeação de enfermeiros para cargos de destaque.

### Fórum 2: Cuidados Domiciliários

As principais preocupações acerca dos cuidados domiciliários apontadas centraram-se em torno da crescente procura dos mesmos devido, sobretudo, ao incremento das doenças crónicas e ao envelhecimento das populações. Assim, foi apontada como necessidade premente a revitalização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo que cada vez mais os doentes têm necessidade de cuidados de saúde mais complexos e são dadas cada vez mais altas antecipadas dos hospitais. Todas estas situações conduziram a um aumento da procura de cuidados domiciliários. Apesar disso, os modelos de cuidados domiciliários, em regra, não estão bem desenvolvidos nem em países ricos, nem em países pobres. Assim, o desafio que se coloca à Enfermagem é distinguir e organizar os cuidados domiciliários.

Foi lembrada a existência de vários documentos publicados pelo ICN, ligados a este tema, como, por exemplo, «*ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*» e o «*Nursing Care Continuum – Framework and Competencies*».

Enquanto os assuntos relacionados com o serviço e a integração precisam de ser considerados levando em linha de conta o contexto dos cuidados sociais e de saúde, é importante que seja adoptada uma visão holística e integrada.

As lacunas políticas identificadas prendem-se com questões relacionadas com educação, prática avançada, finanças, segurança e oportunidades.

Entre as propostas apresentadas surgiram questões como a promoção do papel do enfermeiro na prestação dos cuida-



ARQUIVO DE

dos domiciliários, como o profissional responsável pela avaliação do doente, delegação e supervisão dos restantes profissionais; a promoção do papel do enfermeiro na concepção dos cuidados domiciliários acautelando as devidas implicações para os recursos humanos em saúde e a segurança do paciente; desenvolver princípios para a educação e modelos de supervisão em relação aos cuidados domiciliários; desenvolver princípios relacionados com a segurança dos enfermeiros, doentes e outros trabalhadores envolvidos nos cuidados domiciliários.

### Fórum 3: Saúde Ambiental

Neste fórum de debate começou por se definir o que se entende por saúde ambiental, o papel que os enfermeiros podem assumir em actividades que incluem a definição de estratégias tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença. Saúde ambiental deve fazer parte da educação básica, pós-básica e contínua.

Aqui, a discussão centrou-se nas preocupações nacionais, com especial enfoque para os desastres, as catástrofes e como actuar em situações pós-catástrofes. Foi recomendado, por Portugal, que seja adoptado um modelo semelhante ao programa «*Liderança para a Mudança*», do ICN, que permita aos enfermeiros desenvolverem competências para a actuação em situação de catástrofe.





ARQUIVO DE

Os mecanismos de acreditação são necessários para o reconhecimento, a qualificação e para expandir o papel dos enfermeiros. O ICN e as ANE já estão a trabalhar sobre saúde ambiental. Há um consenso sobre o desenvolvimento desta questão de forma a trabalhar áreas até aqui menos desenvolvidas.

As lacunas políticas identificadas prendem-se com a poluição, o urbanismo, a desflorestação, a saúde dos edifícios, a gestão do risco e a protecção das pescas.


Entre as soluções apontadas estão o desenvolvimento de ferramentas para a promoção não só da saúde, mas também da prevenção da doença, incluindo a formação de enfermeiros para situação de catástrofe e controle de infecção; disseminação de investigação ambiental de forma a facilitar a troca de informação e experiência entre as associações; legislação sobre saúde ocupacional – carga de trabalho.

#### Fórum 4: Cuidados de Saúde Primários

No debate em torno dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram apresentadas as situações de cada um dos países bem como as

recomendações para a acção do ICN nesta matéria. Salientou-se a necessidade de promover papel dos enfermeiros na liderança das equipas multiprofissionais de CSP, bem como a importância de se apostar na formação a fim de se obter uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, alertou-se para a falta de enfermeiros para disponibilizar CSP, o fortalecimento da formação e a necessidade de influenciar a definição de políticas tendo em vista o aumento do número de enfermeiros.

A nível internacional, foi ainda afirmada a necessidade do ICN assumir um maior protagonismo, a fim de procurar ajudar os enfermeiros e a Enfermagem no combate a epidemias como o VIH / SIDA, bem como na clarificação do papel do enfermeiro de família.

As lacunas políticas identificadas prendem-se com a pressão política tendo em vista o aumento da presença de enfermeiros em todos os níveis do processo de tomada de decisão. Em termos de soluções preconizadas surgem aspectos como o apoio ao ensino da Enfermagem no actual contexto dos CSP e dando conta das suas vantagens em termos de efectividade dos cuidados prestados. 

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa no Conselho Directivo do ICN

O 25.º Congresso Quadrienal do ICN e o Conselho de Representantes Nacionais que se realizaram em Durban entre 28 de Junho e 3 de Julho ficaram também marcados pela eleição de uma nova presidente do ICN, a australiana Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant. Além disso, a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, foi eleita para o *Board of Directors* (Conselho Directivo) desta instituição.

Antes da cerimónia de abertura do 24.º Congresso Quadrienal ICN realizaram-se as eleições para os cargos directivos do ICN, durante o terceiro dia de trabalhos CNR.

Os delegados dos mais de 80 países presentes tiveram de escolher entre a australiana Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant e a jamaicana Enf.<sup>a</sup> Edith Allwood-Anderson, a primeira até aqui Vice-Presidente do ICN, enquanto a segunda já pertencia ao Conselho Directivo. Assim, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant viria a ser eleita a 26.ª presidente do ICN. A Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa foi eleita na área geográfica em que Portugal está incluído. Os resultados finais foram conhecidos a 30 de Junho, tendo sido oficialmente anunciados na sessão de encerramento do CNR.

De acordo com a Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa, a sua candidatura prende-se com o facto de entender que o ICN deve assumir a liderança na promoção da solidariedade e do mandato social da Enfermagem, apoiando as associações nacionais de enfermeiros e dando voz aos que não são ouvidos.

No seu discurso de tomada de posse, a Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant, disse estar muito honrada com a eleição e falou de algumas das suas preocupações. «Há falta de enfermeiros em todo o mundo, mas este problema tende a agravar-se com a crise financeira global que vivemos. Em alguns países, mesmo nos mais desenvolvidos, há redução dos profissionais a prestar cuidados, os jovens licenciados têm dificuldade em entrar no mercado de trabalho e assistem-se a situações em que os cargos até aqui ocupados por enfermeiros são desempenhados por outros profissionais, uma situação que se reflecte na qualidade dos cuidados prestados.»

É neste âmbito a palavra de ordem (*watchword*) que escolheu como lema para o seu mandato e o trabalho que vai desenvolver nos próximos dois anos: acesso aos cuidados de saúde, aos di-




ARQUIVO OE

reitos inscritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e acesso os enfermeiros (e estudantes de Enfermagem) ao ensino da profissão.

Desta forma, o Conselho Directivo do ICN passa a ser composto por:

- Presidente – Enf.<sup>a</sup> Rosemary Bryant (Austrália)
- Conselho Directivo
- Enf.<sup>a</sup> Anna Karin Eklund (Suécia)
- Enf.<sup>a</sup> Beatriz Carvallo Suarez (Colômbia),
- Enf.<sup>a</sup> Elizabeth Oywer (Quénia)
- Enf.<sup>a</sup> Julita Sansoni (Itália)
- Enf.<sup>a</sup> Maria Angela Elias Marroquin (El Salvador)
- Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa (Portugal)
- Enf.<sup>a</sup> Marion Guy (Nova Zelândia)
- Enf.<sup>a</sup> Marlene Smadu (Canadá) – 3.ª Vice-Presidente
- Enf.<sup>a</sup> Masako Kanai-Pak (Japão)
- Enf.<sup>o</sup> Peter Požun (Eslovénia)
- Enf.<sup>a</sup> Sylvia Denton (Reino Unido)
- Enf.<sup>o</sup> Rudolph Cini (Malta) – 1.º Vice-Presidente
- Enf.<sup>a</sup> Teresa J. C. Yin (Taiwan) – 2.ª Vice-Presidente
- Enf.<sup>o</sup> William Holzemer (Estados Unidos da América).

O mandato dos novos órgãos sociais do ICN decorre entre 2009 e 2013, estando as próximas eleições marcadas para o CNR que irá decorrer em Maio desse ano em Melbourne, Austrália. 

Os simpósios apresentados em Durban decorreram numa sessão de 90 minutos, com um mínimo de três oradores, que apresentaram três diferentes perspectivas de um único tema.

As primeiras quatro páginas deste simpósio foram apresentados por representantes da Ordem dos Enfermeiros que abordou a vertente política e profissional, enquanto as duas últimas páginas foram da responsabilidade do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e do Sindicato de Enfermagem da Região Autónoma da Madeira que expuseram a vertente laboral.

## 30 de Junho

# Modelo de Desenvolvimento Profissional

Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa

*Bastonária da Ordem dos Enfermeiros – representada presencialmente pelo Enf.º Rogério Gonçalves, presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul*

Enf.<sup>a</sup> Lucília Nunes

*Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – Prelectora em Durban*

Enf.º Manuel Oliveira

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros – Prelector em Durban*



Vamos analisar o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que a Ordem dos Enfermeiros (OE) concebeu e irá implementar em Portugal sob três perspectivas: política, profissional e laboral.

A regulação profissional tem na sua base a conjugação das competências de três Órgãos da OE: o Conselho Jurisdicional (dimensão deontológica e disciplinar), o Conselho de Enfermagem (dimensão profissional), e Conselho Directivo (dimensão política e estratégica).

## A perspectiva política

Assumindo como elemento fulcral a segurança dos cuidados, a análise política e global do MDP deixa antever tendências e instrumentos. No campo das tendências, partimos de um cenário global, de conhecimento e de desregulação, para situações

enquadradas, respectivamente, em termos de locais, de práticas e de regulamentação. No campo dos instrumentos partimos das prioridades em saúde para a proximidade dos cuidados, da diversidade de conhecimentos para a centralidade das respostas e da regulação em termos globais para a regulação profissional.

Tendo o processo de saúde / doença no horizonte, existem quatro eixos centrais intercomunicantes no que à comunidade diz respeito: promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e cuidados paliativos, reabilitação e reinserção social.

O objectivo do MDP é suportar o processo de melhorias na saúde e obter a satisfação do cliente existindo factores sociais e organizacionais aí implicados. No campo dos factores sociais surgem elementos como as expectativas da comunidade, a

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

pressão dos pares, as expectativas do cliente e os valores sociais. No campo dos factores organizacionais é preciso considerar as condições de trabalho, a monitorização do sistema, a clarificação de responsabilidades e os objectivos organizacionais, a organização dos serviços e os processos de trabalho, a complexidade das tarefas, a atribuição de incentivos e recompensas, a disponibilidade de recursos, a formação, a supervisão, a auto-avaliação, os mecanismos de comunicação e, por último, avaliação de desempenho.

Estes factores vão ter influência no prestador de cuidados, nomeadamente quanto à sua motivação (expectativas, eficácia, objectivos e valores individuais a disponibilidade para a mudança), comportamento (desempenho de acordo com os padrões definidos, avaliação, diagnóstico correcto, referências apropriadas, consentimento e tratamento) e competências (conhecimento, capacidade, habilidade).

A regulação deve proteger o doente, melhorar a qualidade dos cuidados que lhe são prestados e seu bem-estar. Ambiente, educação e o enfermeiro são os três elementos do triângulo que tem na base a qualidade, o acesso e o custo.

### A perspectiva profissional

As ordens, as associações profissionais e os sindicatos, cada um na sua área de intervenção (profissão, apoios científicos e questões socioeconómicas) enformam o sistema profissional que inclui os sistemas educativo e de saúde.

Olhando para o passado recente da Enfermagem Portuguesa constatamos que as primeiras especializações surgiram em 1964 sendo que a integração da Enfermagem no Ensino Superior (Ensino Politécnico) viria a ocorrer 21 anos depois.

Desde cedo, algum tempo depois da publicação do Estatuto da OE, em 1998, que se sentiu a necessidade de estabelecer um novo quadro regulamentar de acesso, quer ao título de enfermeiro, quer de enfermeiro especialista. Foi nesse âmbito que se começou a reflectir acerca do papel que a OE deve assumir na certificação e



ARQUIVO OE

desenvolvimento de competências, como assegurar a segurança do público e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Entre 2005 e 2007 foram organizados vários momentos de debate público com enfermeiros, professores de Enfermagem, gestores de Enfermagem, que viriam a culminar, em 2007, com a aprovação do MDP em Assembleia Geral da Ordem, e, no final de 2008, numa reunião entre a OE e o Ministério da Saúde, na concordância acerca da necessidade de preparar a elaboração de uma nova lei que actualmente<sup>1</sup> está num período de discussão pública.

No que diz respeito às propostas profissionais, começamos por explicar que o MDP está assente em dois pilares: certificação de competências e individualização de especialidades. Enquanto a primeira está ligada a concepção de um sistema para a certificação de competências profissionais tendo em vista a atribuição do título profissional; a segunda irá conduzir à elaboração de

<sup>1</sup> À data da apresentação deste simpósio em Durban. A citada Lei foi publicada sob o n.º 111/2009 a 13 de Setembro.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO DE



ARQUIVO DE

uma matriz tendo em vista a individualização das especialidades e o estabelecimento de perfis de competências.

A formação de enfermeiros conclui-se no final da licenciatura (1º ciclo), finda a qual o licenciado começa um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT), que culmina com a validação e certificação de competência, materializada na atribuição do título profissional de enfermeiro. O profissional passa a ter certificadas as competências estabelecidas no perfil de generalista.

De acordo com o REPE, publicado em 1996, os títulos reconhecem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ou de cuidados especializados – por isso, a certificação de competências visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão, depois do EPT.

Da mesma forma, a atribuição do título de especialista decorre da certificação de competências, no final de um período de prática tutelada, formuladas para o perfil de competências gerais e específicas de uma área de especialidade.

Chegados aqui há que definir o que se considera por supervisão clínica. Trata-se de um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e de análise da

prática clínica. Este processo de supervisão clínica é colocado ao serviço de dois propósitos: a indução profissional, o início do exercício, suportando a atribuição do título de enfermeiro; e a transição profissional do enfermeiro para o título de especialista.

Este processo de supervisão será realizado num contexto de prática clínica acreditado, por um supervisor clínico certificado pela Ordem dos Enfermeiros. A certificação de competências para a atribuição do título profissional inclui um relatório reflexivo e um relatório do supervisor, no caso da atribuição do título de enfermeiro, e um portfólio e o relatório do supervisor no caso da atribuição do título de enfermeiro especialista.

Quando se fala de certificação de competências há que referir três processos: reconhecimento, validação e certificação de competências. O reconhecimento tem duas vertentes, uma pessoal e outra institucional ou social, uma vez que pretende definir o reconhecimento da profissão não só perante si próprio, mas também perante a comunidade e perante os pares. Já a validação é um processo distinto da certificação formal. Reconhece um leque mais alargado de competências e de saberes adquiridos em contextos que não os formais e apela a quadros de referência para fazer a comparação. A certificação, por seu lado, é associada a sistemas e dispositivos formais e é uma confirmação formal, visível pela atribuição do título, que cabe aos Conselhos de Enfermagem Regionais.




## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Quanto ao subsistema de individualização das especialidades clínicas, a proposta de uma especialidade é feita ao nível do alvo da intervenção, através da explicitação do campo da intervenção especializada. Assim, a matriz de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem tem como objectivo a delimitação do espaço de actuação profissional do enfermeiro especialista. Esta matriz organiza-se com um eixo estruturante (beneficiário da intervenção) e dois eixos organizadores (processo de saúde / doença e ambiente onde as pessoas vivem e se desenvolvem).

A pessoa numa etapa do ciclo de vida	Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
	Saúde da Criança e do Jovem
	Saúde do Adulto
	Saúde do Idoso

A pessoa ao longo do ciclo de vida	Saúde Mental
	Pessoa em Situação Crítica
	Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
	Reabilitação

Grupos Família - Comunidade	Saúde Familiar
	Saúde Pública

No campo da estruturação das competências do enfermeiro especialista foram formuladas competências comuns e competências específicas. Enquanto as primeiras dizem respeito à responsabilidade profissional ética e legal, à gestão dos cuidados, à gestão da qualidade e à prática profissional, as segundas estão relacionadas com as competências clínicas, ou seja, a prática de cuidados especializados. 



## Novo Modelo de Desenvolvimento Profissional – a visão dos sindicatos SEP e SERAM

Enf.<sup>a</sup> Guadalupe Simões

*Vice-coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP)*

As mudanças ocorridas nos últimos anos têm vindo a fazer com que os enfermeiros se deparem com novos desafios exigências crescentes.

A evolução e o aumento da complexidade das necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos, as alterações no sistema educativo e, desde logo, a qualificação académica conquistada em 1988; as alterações no sistema de saúde nomeadamente o aumento da gestão privada dos hospitais, ainda que inseridos na rede pública e, decorrente deste factor:

- a desregulamentação da legislação do trabalho;
- a não aplicação da actual carreira aos enfermeiros com contratos individuais de trabalho;
- a não abertura de concursos de acesso a cada uma das categorias superiores da actual carreira, nomeadamente os concursos de acesso à categoria de enfermeiro especialista o que determina que muitos enfermeiros com formação especializada não estejam a ser pagos de acordo com a formação e competências adquiridas;
- a precariedade de emprego que determina uma grande rotatividade dos enfermeiros nos serviços;
- a deficiente integração dos novos enfermeiros que dificulta a sociabilização com a profissão;
- a inexistência de dotações seguras;
- a falta de lideranças de Enfermagem que impeçam nos serviços a retirada de direitos aos enfermeiros.

Tudo isto coloca novos desafios e crescentes exigências aos enfermeiros, nomeadamente no que se refere à aquisição e desenvolvimento de competências com o objectivo de garantir elevados padrões de qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem a prestar aos e com os cidadãos.

É neste contexto que o Sindicato dos Enfermeiros

Portugueses e o Sindicato dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira consideram de primordial importância que a Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade reguladora da profissão, possa ter uma maior intervenção na:

- Redefinição das condições de acesso à profissão, através de um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) para a atribuição do título definitivo de enfermeiro;
- Definição do enquadramento específico para a atribuição do título de enfermeiro especialista.

A alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros é uma reivindicação de todos os sindicatos de Enfermagem em Portugal e foi publicamente assumida. Fez parte dos objectivos de todas as greves e manifestações que já concretizámos no âmbito do processo negocial da nova carreira de Enfermagem.

Entendemos que esta é a via para: garantir um exercício de Enfermagem de qualidade e promover o desenvolvimento profissional no sentido da especialização dos enfermeiros, de



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

modo a que o cidadão seja atendido por profissionais reconhecidos de acordo com as necessidades de cada pessoa / família; para o reconhecimento do valor real do trabalho dos enfermeiros nos objectivos financeiros que as instituições de saúde têm que cumprir; para a potenciação do aparecimento de outras competências por parte dos enfermeiros que permitirá a obtenção de mais ganhos em saúde para as populações; que permitirá o incremento de uma prática clínica baseada na evidência e consequentemente será um importante contributo para as dinâmicas cada vez mais exigentes das organizações; que contribuirá para a criação de espaços qualificantes pelo permanente retorno do conhecimento em Enfermagem, gerador de novo conhecimento; que permitirá assegurar aos cidadãos que os detentores dos títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista têm as suas **competências profissionais certificadas**.

Por tudo isto, o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional enquadra um novo paradigma. Este terá forte impacto não só na qualidade e segurança dos cuidados de saúde aos cidadãos e no desenvolvimento da ciência experimental que se constitui a Enfermagem, mas também na potencial melhoria do desempenho organizacional do sistema de saúde.

Neste contexto, a proposta de alteração à actual carreira de Enfermagem, cuja negociação está em curso, prevê que tenha uma estrutura assente no reconhecimento das competências adquiridas pelos enfermeiros ao longo do seu percurso profissional e deverá possibilitar que todos os enfermeiros possam atingir o seu topo.

Defendemos que o Exercício Profissional Tutelado deverá ser remunerado e que contará como tempo de trabalho efectivo, caso o enfermeiro seja contratado pela instituição, deixando de ser necessário o período experimental que a lei obriga em todos os contratos. O horário de trabalho é de 35 horas.

Relativamente aos enfermeiros a quem é atribuído o título de enfermeiro especialista pelo reconhecimento das competências adquiridas, propomos a progressão de duas posições remunera-




ARQUIVO DE

tórias na carreira. Desta forma, ultrapassamos a não abertura de concursos nas instituições.

Sabemos que não será fácil atingir todos os objectivos a que nos propusemos, nomeadamente, no que diz respeito ao aumento salarial. Contudo, é uma questão de justiça. Com os enfermeiros portugueses faremos tudo o que for possível para aumentar o valor do trabalho dos enfermeiros.

Durante este processo negocial já concretizámos vários dias de greve. Para os enfermeiros portugueses isto significa dias não remunerados. Ainda assim, a percentagem de adesão às greves ronda, na maior parte das vezes, os 80%.

Esta é a razão pela qual acreditamos que estamos a desenhar um melhor futuro para e com os enfermeiros, para os cidadãos, para a Enfermagem e para a saúde! 

## Sigilo Profissional em Enfermagem: Garantir a confiança<sup>1</sup>

Enf.º Sérgio Deodato

*Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*

A relação profissional do enfermeiro é estabelecida num contexto de grande proximidade com as pessoas. Inerente a esta relação de cuidado, o enfermeiro toma conhecimento de um acervo significativo de informação relativa à vida das pessoas. Para prestar cuidados, o enfermeiro recolhe informação da pessoa ao seu cuidado e dos seus familiares, mas que tem esse fim exclusivo: a prestação de cuidados de Enfermagem. As pessoas fornecem informação sobre e sobre a sua vida, porque confiam no enfermeiro, enquanto profissional de saúde.

A confiança é a base para a partilha dessa informação pelos clientes e constitui também o fundamento ético para a guarda do segredo. É porque as pessoas têm confiança nos enfermeiros, que se lhes confiam para receberem cuidados e lhes confiam a informação sobre si. É com base nesta confiança que as pessoas revelam informação sobre a sua vida, partindo do princípio de que esta informação não será revelada. É a confiança que fundamenta o segredo.

Nesta relação de confiança, o enfermeiro assume o dever de guardar em segurança a informação que lhe é confiada. Assume-o como o dever de sigilo face a toda a informação de saúde que recolheu das pessoas ao seu cuidado. O dever de sigilo surge, assim, como a resposta profissional ao imperativo ético da guarda da informação que pertence à pessoa e não ao enfermeiro. O enfermeiro guarda em segurança, alguma coisa que não lhe pertence, mas que, por força do seu exercício profissional, teve acesso.

Em Portugal, o sigilo profissional constitui um dever deontológico, prescrito no artigo 85º do Código Deontológico e materializa-



-se em diversos enunciados de agir. Em concreto o enfermeiro assume o dever de:

«a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;»

Assim, toda a informação recolhida pelo enfermeiro está sujeita a segredo profissional, não havendo distinção entre os diversos tipos de dados recolhidos.

«b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;»

A partilha de informação faz-se apenas com os que estão incluídos no processo terapêutico da pessoa em causa e tendo como fim, a sua protecção e a sua dignidade.

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em espanhol, que está disponível no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

«c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;»

A quebra de segredo só pode fazer-se quando a lei o permitir, mas após o devido aconselhamento ético e deontológico, assegurado pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, por telefone ou por escrito, conforme a urgência da situação.

«d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.»

O anonimato da pessoa, nos casos de necessidade de utilização dos dados, e sempre após o seu consentimento.


Assim, e nestes termos, trata-se de um dever de sigilo perante todos que são terceiros à relação de cuidado estabelecida com a pessoa ao seu cuidado. Deste modo, pode constituir um problema ético o pedido de partilha da informação da pessoa cuidada, por parte de familiares ou por parte de entidades externas. No caso dos familiares, é muito frequente entender-se que estes têm direito a saber sobre o estado de saúde de quem recebe cuidados.

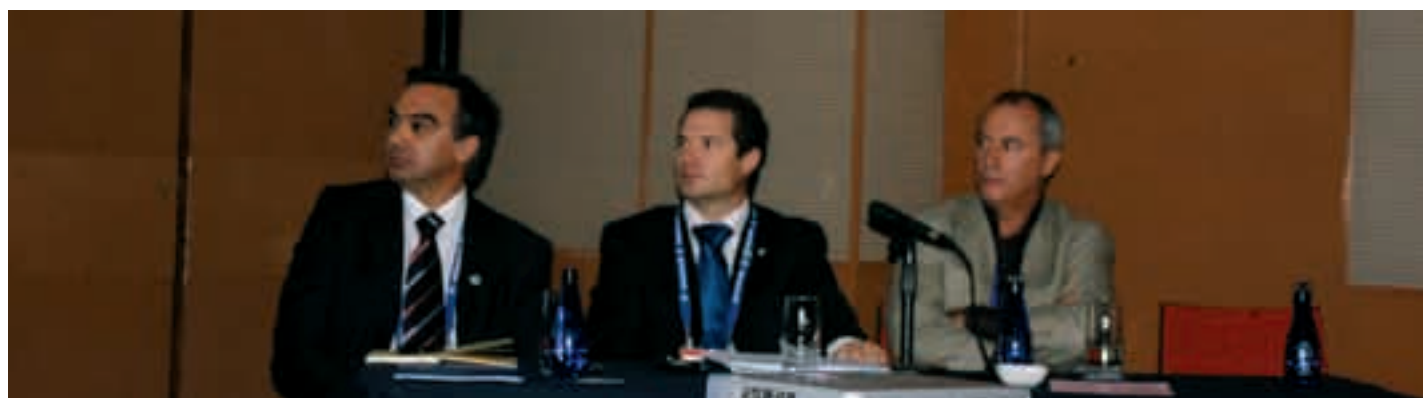
Entendemos em Portugal, que o dever de sigilo do enfermeiro dirige-se à pessoa que recebe cuidados. Havendo necessidade de partilha da sua informação, é este, no uso da sua autonomia individual, que escolherá a quem e o quê revelar sobre si. Havendo necessidade de partilhar informação com os familiares, este deve

ter como fim a necessidade de cuidados da pessoa-cliente e não um suposto direito à informação por parte dos familiares. Será a ponderação dos fins em causa que levará o enfermeiro a decidir sobre que informação pode revelar aos familiares.

Caso particular é o do pedido das autoridades policiais ou judiciais, para que o enfermeiro revele informação sobre as pessoas de que cuida, por exemplo, quando há suspeita da prática de crimes, no âmbito de uma investigação criminal. Neste caso particular, o regime deontológico dos enfermeiros em Portugal encontra-se em harmonia com o ordenamento jurídico do País. Só os tribunais podem solicitar informação de saúde ao enfermeiro, mas mesmo perante estes, o enfermeiro mantém o seu dever de sigilo.

Em caso de estrita necessidade da revelação da informação que conhece, o tribunal decreta a quebra de sigilo, mas depois de ouvir o órgão profissional competente: a Ordem dos Enfermeiros. É perante a análise do caso concreto e dos diversos interesses e direitos em apreço, que o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, aconselha o enfermeiro em causa a manter o segredo ou a revelar parte ou toda a informação que detém.

O princípio é o de que, aos enfermeiros compete prestar o cuidado, enquanto que a investigação criminal, ou outra, é da competência de outros profissionais. Desta forma, mantém-se garantida a confidencialidade da informação recolhida pelo enfermeiro e fica igualmente a confiança, base ética essencial à relação de cuidado em Enfermagem. 



ARQUIVO OE



## Cuidados de Enfermagem nas Prisões<sup>1</sup>

Enf.º Germano Rodrigues Couto

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros*

Os cuidados de Enfermagem nas prisões são um tópico não devidamente conhecido e compreendido. A maioria dos enfermeiros exerce as suas funções em hospitais, na comunidade, no ensino e na gestão, mas um pequeno grupo de enfermeiros, pelo mundo fora, cuida de pessoas que são consideradas apartados da sociedade.

Em Portugal, temos informação que os enfermeiros que trabalham em prisões não hospitalares se defrontam com dificuldades para completar o seu papel fundamental, sendo muitas vezes o seu trabalho limitado a preparar e administrar medicação (quando não o fazem outros profissionais que não enfermeiros), realizar tratamentos e ajudar outros profissionais de saúde em outro tipo de actividades. Embora alguns programas de saúde subsistam em algumas prisões, os enfermeiros estão, muitas vezes, afastados dos mesmos.

Para tentar compreender qual o papel que o enfermeiro tem nestes locais, o que esperam os prisioneiros e demais profissionais das prisões dos enfermeiros e que condições de trabalho devem ter para alcançar o seu objectivo, a Ordem dos Enfermeiros (OE) iniciou uma investigação que irá permitir compreender estes aspectos.

Para o efeito constituiu o Grupo de Estudo das Condições do Exercício da Profissão de Enfermagem em Estabelecimentos



**A Ordem dos Enfermeiros  
está a desenvolver uma investigação  
para tentar compreender os aspectos  
relacionados com o enfermeiro,  
o que dele esperam os prisioneiros  
e os profissionais que trabalham  
nas prisões e as condições de trabalho  
que lhe devem ser disponibilizadas.**

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em inglês, que está disponível no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Prisionais (GECEPEEP) constituídos pelos seguintes colegas: Enf.º Germano Couto (Coordenador), Enf.º Jorge Tavares (Secção Regional do Norte), Enf.ª Lídia Vieira (Secção Regional do Centro), Enf.ª Ana Paula Gato (Secção Regional do Sul) e Enf.º Rui Campos (Conselho de Enfermagem).


Numa primeira fase, o Grupo realizou um enquadramento conceptual e situacional de forma a compreender mais em profundidade o fenómeno a ser estudado. Foi apresentada uma proposta de trabalho ao Conselho Directivo da OE com o respectivo caminho metodológico, sendo o mesmo aprovado.

A segunda fase deste projecto irá começar em Agosto de 2009<sup>1</sup> onde todas as 52 prisões em Portugal, distribuídas pelos distritos judiciais: Porto, Coimbra, Lisboa – incluindo Açores e Madeira – e Évora, serão visitadas.

<sup>1</sup> Esta comunicação foi apresentada no final de Junho de 2009, pelo que à data em que foi escrita, a segunda fase do projecto ainda não tinha começado.



ARQUIVO OE

Nestas visitas iremos entrevistar os enfermeiros e completar um questionário de forma a reunir informação que irá fornecer uma perspectiva dos cuidados de Enfermagem nas prisões. O relatório final será apresentado dentro de aproximadamente 18 meses no qual esperamos obter elementos para uma mudança ao nível organizacional e político, se assim for o caso. 



Pode encontrar toda a informação disponível sobre a participação da Ordem dos Enfermeiros no 24.º Congresso Quadrienal do ICN em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/Paginas/congressoicn2009.aspx>



No site do ICN em <http://www.icn.ch/congress2009.htm> também está disponível informação sobre o evento e sobre os trabalhos apresentados.

# Implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a utentes com úlceras de pressão

Enf.<sup>a</sup> Graça Farelo

Vencedora do 1.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres da Ordem dos Enfermeiros – Prelectora em Durban

Enf.<sup>a</sup> Célia Carvalho, Enf.<sup>a</sup> Inês Gonçalves, Enf.<sup>a</sup> Paula Botelho, Enf.<sup>o</sup> Renato Pinto

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

As Úlceras de Pressão (UP) causam sofrimento físico e emocional ao indivíduo e família, prolongam a duração do internamento e implicam elevados custos económicos no seu tratamento. Nos Estados Unidos, em 2001, estimava-se que 1,5 a três milhões de pessoas desenvolveriam úlceras de pressão no ano. Nos hospitais a taxa de incidência podem variar de 3% a 14%; podendo, nos grupos geriátricos atingir os 24% e em doentes com lesão medular chegar até 59% do total de pessoas acamadas que desenvolvem uma ou mais feridas (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005). As UP são feridas crónicas de difícil cicatrização, daí que deva dar-se ênfase à prevenção. Estudos demonstram que a maioria pode ser evitada se forem utilizados programas de prevenção devidamente estruturados (MORISON et al., 2004).

A qualidade dos cuidados na prevenção de UP é, frequentemente, medida pelo indicador: incidência de UP, sendo este considerado, a nível mundial, um indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Tendo em conta esta problemática, foi iniciado em 2006, pelo Grupo de Trabalho de Úlceras (GTU) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM, EPE), um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo por base este indicador. Este programa teve como principal objectivo diminuir a taxa de incidência das UP e, após uma fase de diagnóstico de situação, foram implementadas estratégias que consideramos pertinentes para o atingimento do objectivo proposto.

## Plano de acção:

1 – *Diagnóstico de situação*: foram auditados os registos de Enfermagem bem como os procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Destas, verificou-se:

- Uma elevada taxa de incidência;
- O não cumprimento na íntegra dos protocolos de prevenção e tratamento definidos pelo GTU;
- Erros na adequação do produto utilizado relativamente às características das feridas;
- A estratificação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão não era efectuada de forma sistematizada;
- Não conformidades com o protocolo de documentação das UP.

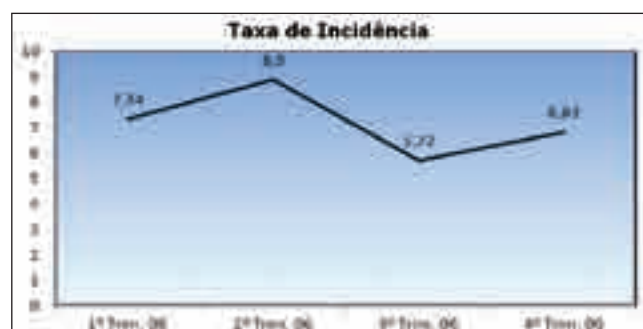
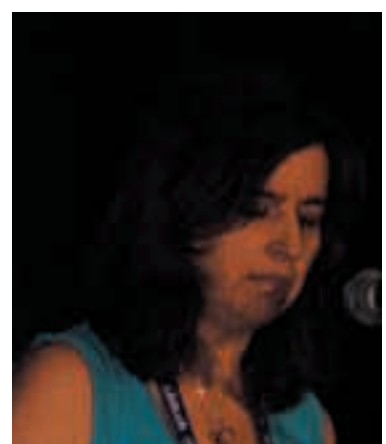


Gráfico I

2 – *Estratégias implementadas*: Perante estes resultados foi delineado um projecto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo por base sete estratégias fundamentais:

1. Manual de prevenção e tratamento ao doente com UP – Foram revistos os algoritmos de tratamento de úlceras de pressão e procedeu-se à elaboração do algoritmo de actuação para doentes com feridas infectadas.
2. Uniformização de registos (SAPE e CIPE) – Procedeu-se à elaboração de um documento de uniformização de registos relativos às UP, que foi divulgado em boletim normativo para toda a instituição. Realizaram-se sessões de formação sobre esta temática a todos os serviços que o solicitaram.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

- 3 Definição de indicadores – Até 2006, eram produzidos apenas a Taxa de Incidência e Taxa de Prevalência. Após 2006, mantiveram-se os indicadores anteriores e foram incluídos os seguintes: Taxa de Cura; Taxa de Eficácia de Prevenção; Taxa de efectividade diagnóstica.
4. Envolvimento dos serviços – Efectuadas reuniões com enfermeiros chefes e definidas as taxas de incidência desejáveis para cada serviço; instituídas medidas para actuação ao nível da identificação precoce dos doentes de risco; foi dado apoio na formação em serviço; solicitado maior envolvimento aos elos de ligação com o GTU e foram motivadas as equipas para reflectir e discutir sobre as estratégias de melhoria de cuidados, tendo em conta as características dos doentes bem como alteração de práticas de Enfermagem; os serviços foram apoiados nas medidas a implementar.
5. Material de prevenção – Efectuado levantamento do material de prevenção de UP existente em cada serviço da ULSM. Houve necessidade de redistribuir o material existente e foi necessário adquirir material novo. A redistribuição do material de prevenção pelos serviços foi realizada tendo por base a prevalência de doentes de UP de cada serviço.
6. Formação – Efectuada formação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de UP. O GTU disponibilizou-se para sessões de formação em serviço e foram planeados e realizados cursos de prevenção e tratamento de feridas, juntamente com o Centro de formação da ULSM.
7. Auditorias – Foram planeadas e realizadas auditorias às práticas de Enfermagem e aos registos, com uma periodicidade trimestral. Os resultados foram analisados pelo GTU, pelos enfermeiros chefes e elos de ligação de cada serviço. Foram definidas estratégias de melhoria de cuidados e de registos para cada serviço. Os resultados obtidos nas auditorias são enviados e analisados pelo gestor de risco clínico da ULSM.

**Resultados:** A utilização da CIPE e do aplicativo informático de registos de Enfermagem SAPE permite a obtenção automática de indicadores que possibilitam uma avaliação sistemática dos cuidados.

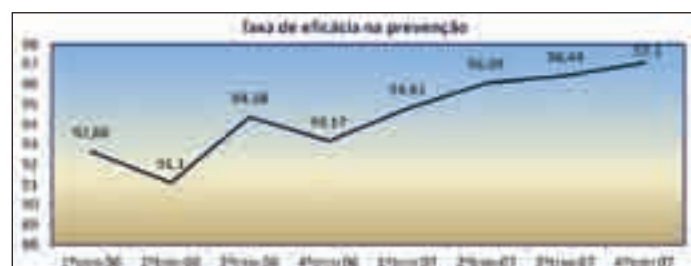


Gráfico II

No gráfico II podemos verificar que houve um aumento de 5% na prevenção, no período de um ano. A taxa de eficácia na prevenção de UP em 2007 foi de 97%.

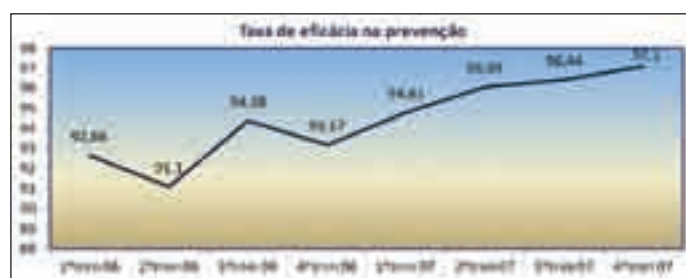


Gráfico III


No gráfico III pode verificar-se que a taxa de incidência de UP no 1.º trimestre de 2006 foi de 7,3%, com as medidas implementadas verificou-se um decréscimo de cerca de 50% na taxa de incidência.



Gráfico IV

No gráfico IV constata-se que com as medidas implementadas obteve-se uma diminuição significativa nos erros detectados a nível de registos, sendo que, com registos mais precisos os indicadores obtidos serão mais fiáveis.

**Conclusão** – Este projecto constituiu uma nova abordagem na prevenção das UP, com benefícios importantes para a qualidade de vida dos utentes / família. A utilização da CIPE e do SAPE permitem a obtenção sistemática de indicadores que traduzem ganhos na qualidade de cuidados.

Ao melhorar a informação produzida conseguimos obter dados que nos permitem melhorar os cuidados de Enfermagem. As auditorias constituem um veículo privilegiado para um maior envolvimento das equipas na identificação do problema e definição de estratégias de melhoria. 



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

# Sistemas de Informação de Enfermagem e políticas nacionais: o caso do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem em Portugal<sup>1</sup>

Enf.º António Manuel Silva

*Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros – Prelector em Durban*

Enf.º Élvio de Jesus

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional da Região Autónoma da Madeira*

Estou certo que todos já ouvimos e afirmamos que «os enfermeiros prestam 80% de todos os cuidados de saúde»!

Contudo, também estou certo que concordam comigo que na maior parte dos casos:

- é impossível descrever e verificar o impacto da Enfermagem nos cuidados de saúde de qualquer população;
- a visibilidade da Enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios oficiais de saúde é mínima, ou até ausente;
- os Sistemas de Informação de Enfermagem são capazes de fornecer dados importantes para as decisões clínicas, para a avaliação da qualidade, para a gestão, para a educação, para a investigação e para o desenvolvimento de políticas.

Considerando o que atrás foi dito, o Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, decidiu que esta seria uma área de intervenção estratégica. E assim, começou por designar a CIPE® como «a» terminologia para a documentação dos cuidados de Enfermagem, e no mandato de 2004/2007, no âmbito de uma das suas orientações estratégicas, criou, no seu seio, um grupo de trabalho



ARQUIVO OE

dedicado aos Sistemas de Informação de Enfermagem. Este grupo concebeu uma estratégia de abordagem multi-sectorial, que tinha como linha de intervenção privilegiada, a realizada junto do Ministério da Saúde.

Esta intervenção junto do Ministério de Saúde consistiu em diferentes formas de abordagem, sendo a submissão de documentos uma das mais relevantes.

De entre os vários documentos submetidos destacamos:

- «Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem» (Julho 2004);
- «Sistema de informação e documentação de Enfermagem: apoio da decisão política e garantia da segurança e da qualidade dos cuidados» (Maio 2005);
- «Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais» (Abril 2006);
- «Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde» (Janeiro de 2007).

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em inglês que está disponível no site da OE. A parte inicial da comunicação não é incluída neste texto pois trata-se da apresentação da Ordem dos Enfermeiros e da contextualização da sua actividade.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Nesta intervenção não nos é possível detalhar o conteúdo destes documentos, mas iremos salientar alguns dos aspectos que consideramos que devem ser destacados neste contexto.

Assim, no documento «Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais» são definidos:

- **princípios da arquitectura:** integrados, inter-operáveis e de acordo com o estado da arte do momento; uso obrigatório da CIPE®; aplicável a todos os contextos de cuidados; possibilidade de resumos mínimos de dados;
- **requisitos técnico-funcionais:** no que respeita ao **conteúdo** devem constar a avaliação inicial, os diagnósticos de Enfermagem, as intervenções e os resultados; e de entre os **critérios** para a estrutura dos SIE, salientamos: a CIPE® como terminologia de referência; a articulação entre o sistema de classificação e a linguagem natural; a integridade referencial entre os elementos da documentação de Enfermagem; organização e especificação de conteúdos por unidade de cuidados e a capacidade de resposta a resumos mínimos de dados.

E deixamos algumas **recomendações finais**. No Boletim CIPE® de Junho de 2009 encontram mais informação em inglês sobre este documento.

O objectivo do documento «Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde» é definir as linhas gerais de orientação para a utilização do modelo, o conteúdo e os requisitos de comparabilidade do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem Português, que possibilitariam a criação automática de um conjunto de indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem para diferentes níveis e utilizadores.

Este documento da Ordem dos Enfermeiros baseou-se na tese de Doutoramento do Enfermeiro Filipe Pereira, da Escola Superior de Enfermagem de São João (presentemente Escola


Superior de Enfermagem do Porto), cujo trabalho de campo foi feito em parceria com a Administração Regional de Saúde do Norte.

Neste documento é possível encontrar o enquadramento e as *assumpções* em que se baseia o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem proposto; a organização de indicadores de qualidade e epidemiológicos; recomendações para a implementação e desenvolvimento do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Os indicadores de estrutura, processo, resultado e epidemiológicos são apresentados com a sua designação, definição e fórmula geral de cálculo e são fornecidos alguns exemplos.

Mas apesar de todos os esforços de planeamento feitos há coisas que não conseguem ser antecipadas, como seja a mudança de Ministro da Saúde. Tal não alterou o rumo, mas obrigou a que muito do trabalho feito tivesse de ser repetido.

Entretanto, a OE desenvolveu um processo voluntário de certificação de *software*, definiu os critérios e está a negociar uma parceria para a criação de um banco de enfermeiros peritos nesta área. Com incidência regional está a fazer a monitorização dos SIE, tendo criado uma matriz para esse efeito e recolhido já os primeiros dados. Ainda nesta área o Governo criou um grupo de trabalho com vista à criação do Registo de Saúde Electrónico que integra três enfermeiros em representação da OE.

Mas, em Setembro de 2009, teremos eleições legislativas...

Não posso finalizar sem dizer que já aqui em Durban tivemos conhecimento que o grupo que prepara as bases para o Registo de Saúde Electrónico Português, no que se refere à Enfermagem, aprovou a integração de um modelo de terminologia de referência (norma ISO 18104, 2003) adoptando a CIPE® como *standard*. Além disso, aprovou a continuidade e alargamento da colaboração com as Ordens profissionais, como é o caso da Ordem dos Enfermeiros, para garantir que as questões associadas às respectivas práticas, códigos de conduta e deontologia são tidas em devida conta nas soluções que se vierem a definir e a implementar. 

# História da Enfermagem em Portugal<sup>1</sup>

Enf.<sup>a</sup> Lucília Nunes

*Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros\**

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem em Portugal conheceu uma grande evolução, quer quanto à formação pré-graduada, quer no que respeita ao aumento da complexidade e ao reconhecimento da própria actividade profissional. Existem referências à existência de enfermeiros em Portugal numa data que antecede em 23 anos a formação do próprio país (1143), ou seja, em 1120. Nessa altura, os relatos vindos de outras partes do mundo davam conta que os cuidados de Enfermagem eram prestados por monges e freiras.

O primeiro manual de Enfermagem português – a «Postilla Religiosa e arte de enfermeiros» – foi descoberto há relativamente poucos anos e data de 1741. O seu autor, Frei Diogo de Santiago, pertenceu à congregação de São João de Deus e testemunha a forte ligação entre a profissão e as confissões religiosas.

Olhar o percurso da História de Enfermagem, em Portugal, também passa por situá-la no cenário do próprio pensamento sobre a História.

A palavra *história* tem uma dualidade referencial: tanto diz respeito à realidade de uma determinada época como ao discurso científico sobre o passado. Em português, como em algumas outras línguas, também tem o sentido de narrativa imaginária. Notemos que a pergunta «Que é a História?» é o título de uma conhecida obra de Edward Hallet Carr, cuja resposta, actual, pode ser encontrada em «Que é a História Hoje?» um livro coordenado por David Cannadine.

Uma série de desenvolvimentos vieram alterar a natureza da investigação histórica – entre esses desenvolvimentos, a revolução da tecnologia da informação, o recurso dos historiadores à antropologia (veja-se Lévi-Strauss), a influência de Foucault e da «viragem linguística» (*linguistic turn*), o desenvolvimento da história das mulheres, da história do género, da história cultural e uma tendência para procurar o significado e a compreensão em detrimento da explicação e das causas.

Na década de 60, a história social estava em franca ascensão. A mais relevante das ascensões foi a história das mulheres e a história do género – ou seja, reconhecer que o género pode ser uma categoria fundamental de análise e de compreensão históricas. Como afirma Cannadine, a expansão da História deu-se no mundo académico e fora dele. Uma «disciplina séria com um poderoso propósito público»<sup>2</sup> e, ao mesmo tempo, dotada de um reconhecido potencial recreativo e de entretenimento.

Ao chegar aos anos 90, o mundo estava em profunda crise. Muitos historiadores viraram-se para a perspectiva linguística e, no início deste século, os teorizadores começaram a organizar conferências especializadas, fundaram revistas (*Rethinking History*) e começou a ser dada ênfase à história cultural.

A História volta a ser importante na construção das identidades, na valorização da história popular. De entre as sub-disciplinas, relevam-se a história política, a religiosa, a do género e a histó-



<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em inglês, que está disponível no site da OE.

<sup>\*</sup> Dado o elevado número de apresentações preparadas para esta sessão foi dada primazia aos trabalhos relacionados com a História da Enfermagem em África, pelo que o presente trabalho não foi apresentado no decorrer do Congresso do ICN.

<sup>2</sup> CANNADINE, David – «Que é a História hoje?», Lisboa: Gradiva, 2006, p. 11.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

ria intelectual. A «micro-história» foi a tradução mais viva dessa transformação da abordagem histórica baseada no recurso a modelos interacionistas ou etno-metodológicos.

Afirma Chartier que uma forma inédita de história social assim se afirmou, centrada nas distâncias e discordâncias existentes, de um lado, entre os diferentes sistemas de normas de uma sociedade e, de outro, dentro de cada um deles. O olhar desviou-se das regras impostas para suas aplicações inventivas, das condutas forçadas para as decisões permitidas pelos recursos próprios de cada um. A história das sociedades teve de se atribuir novos objectos, estudados em pequena escala. É o caso da biografia, como escreveu Giovanni Levi<sup>3</sup>.

As reflexões de Michel de Certeau<sup>4</sup>, a obra de Paul Ricoeur<sup>5</sup> e, mais recentemente, a aplicação à história de uma «poética do conhecimento» que tem por objecto, segundo a definição de Jacques Rancière<sup>6</sup>, «o conjunto dos procedimentos literários pelos quais um discurso se subtrai à literatura, se atribui um estatuto de ciência e significa isso», obrigaram os historiadores a reconhecer que a história pertence ao género da narrativa – entendido no seu sentido aristotélico da «articulação num enredo de acções representadas».

Dos Estados Unidos, chegou-nos o discurso do «*linguistic turn*»<sup>7</sup> que, dentro da estrita ortodoxia de Saussure, toma a linguagem como um sistema fechado de signos cujas relações produzem por si só significação. A construção do sentido é separada de qualquer intenção ou controle subjectivos, já que é atribuída a um funcionamento linguístico automático e impessoal. A realidade não mais deve ser pensada como uma referência objectiva, exterior ao discurso, pois que ela é constituída pela e dentro da linguagem.

<sup>3</sup> Giovanni Levi, «Les usages de la biographie», *Annales ESC*, 1989, p. 1325 a 1336 (citação p. 1333-1334).

<sup>4</sup> Michel de Certeau, «L'Écriture de l'Histoire», (Paris, Gallimard, 1975).

<sup>5</sup> Paul Ricoeur, «Temps et récit», (Paris, Éditions du Seuil, 1983-85, 3 tomos).

<sup>6</sup> Jacques Rancière, «Les mots de l'histoire. Essai de poétique du savoir», (Paris, Éditions du Seuil, 1992), p. 21.

<sup>7</sup> John E. Toews, «Intellectual history after the linguistic turn: the autonomy of meaning and the irreducibility of experience», *American Historical Review*, 92, 1987, p. 879-907 (citação p. 882).



ARQUIVO DE

Do lado francês<sup>8</sup>, o desafio assumiu o aspecto inverso. Enfatiza-se a liberdade do sujeito, a parte reflectida da acção, as construções conceituais. Ao mesmo tempo, são recusados os procedimentos clássicos da história social que visavam identificar as determinações desconhecidas que comandam os pensamentos e as condutas, e é afirmado o primado do político, o nível mais abrangente e mais revelador de toda sociedade.

Assim, o objecto fundamental da história residiria na tensão entre as capacidades inventivas dos indivíduos ou das comunidades e os constrangimentos, as normas, as convenções que limitam o que lhes é possível pensar, enunciar e fazer.

Pensar historicamente as formas e as práticas culturais é elucidar as relações alimentadas por essas duas definições – das obras e das práticas. O desenvolvimento da historiografia no último terço do século XX foi significativamente marcado pela viragem antropológica (o chamado *cultural turn*).

<sup>8</sup> Keith Michael Baker, *Inventing the French Revolution: essays on French political culture in the eighteenth century*. (Cambridge, Cambridge University Press, 1990), p. 9 e p. 5.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

A tendência crescente para o estudo histórico de fenómenos culturais estimulou a transmigração de métodos e modelos explicativos da antropologia, traduzidos e adaptados na perspectiva de análises históricas. A aliança com a antropologia ampliou o quadro de referências dos historiadores, contribuindo para o esbatimento das fronteiras disciplinares. Em bom rigor, o campo intelectual da chamada Nova História é todo ele constituído por uma ampla e complexa rede de cruzamentos interdisciplinares.

Olhando agora o desenvolvimento dos **estudos de história de Enfermagem em Portugal** – que não deixam de se revelar influenciados pelas correntes do(s) seu(s) tempo(s) – e cientes da diferença entre artigos abordando assuntos e considerando a natureza histórica, percursos histórico em áreas específicas e investigação histórica, propriamente dita, consideramos uma tipologia de três linhas diferentes:

- **obras de carácter geral**, de que constituem exemplos teses que cobrem um período longo e colocam o eixo de análise numa perspectiva ampla, seguindo traços prismáticos do desenvolvimento da Enfermagem (profissão, ensino, contextos sociopolíticos), como «Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)», de Isabel Soares; «Um Olhar Sobre o Ombro, Enfermagem em Portugal (1881-1998)», de Lucília Nunes; e «Uma biografia partilhada da Enfermagem. A segunda metade do século XX», de José Amendoeira.
- obras centradas na **história das instituições** (escolas e hospitais) – «60 anos ao serviço da formação em Enfermagem, Subsídios para a História da ESEIC», de Regina Teixeira de Sousa; «Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras 1940-1988», de Beatriz de Mello Corrêa; «Remexendo o baú de um serviço», de Maria Manuela Dias Silva Raposo; «Histórias e memórias da ESEnFCP», da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto; «30 anos de história 1974-2004», da Escola Superior de Enfermagem de Viseu; e «Escola Superior de Enfermagem de S. João. Recordando o passado, vivenciando o presente, perspectivando o futuro», de Maria Conceição Abrunhosa.




ARQUIVO OE

- obras relativas a uma dada **prática clínica** em contexto específico – «Ajudar a nascer parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-XX)», de Marinha Carneiro; e «Dos postos de protecção à infância aos dispensários materno-infantis», de Maria Helena Racha da Silva.

Hoje, em Portugal, existem unidades de investigação que colocam a história entre as suas linhas de pesquisa e diversos estudos de Doutoramento, em curso, associados a representações históricas da profissão, história de género, e cruzando aspectos da história e da sociologia das profissões.

O desafio de trazer a metodologia histórica para aplicação ao percurso da Enfermagem transforma-se em explorar as raízes da nossa identidade, construídas com método e divulgadas no presente, em que inscrevemos a nossa acção. E podemos usar todos os materiais, fontes primárias, selos, testemunhos, fotografias, acervos documentais, arquivos, filmes.

O interesse da história decorre da pergunta primordial do conhecimento acerca de quem somos e de onde viemos – e isto (re)envia-nos a uma pesquisa da memória. Portanto é necessário conservar o evento e, para a narrativa, dar-lhe um sentido. Sem a visão do passado e dos caminhos percorridos, não podemos segurar uma identidade profissional; ademais, o conhecimento do passado alicerça um olhar mais sustentado em direcção ao futuro. 

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### Durban recebeu apresentação da Versão 2 da CIPE®

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) aproveitou a realização do seu Congresso em Durban para lançar oficialmente a versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A recepção contou com as presenças do Enf.º David Benton, Director Executivo do ICN, e da Professora Amy Coenen, directora do Programa CIPE®.

Dirigindo-se a todos quantos marcaram presença na cerimónia, o Enf.º David Benton frisou junto a importância da CIPE® para a informática e para a uniformização da terminologia utilizada por milhares de enfermeiros em todo o mundo e pelo apoio dado ao desenvolvimento dos programas implementados pelo ICN.

De recordar que a CIPE® trouxe um sistema de linguagem unificado de Enfermagem para integrar os diagnósticos, as intervenções e os resultados em Enfermagem. A nova versão apresentada na África do Sul veio acrescentar 400 novos conceitos à versão 1.1. Assim, actualmente, a CIPE® já integra mais de 2.800 conceitos, tal como explicou a professora Amy Coenen.

Estiveram presentes nesta recepção de acesso privado seis representantes da Ordem dos Enfermeiros, para que o que de importante foi explicado sobre esta temática possa ser difundido em Portugal, através não só da OE a nível nacional, mas também das cinco Secções Regionais. Os enfermeiros portugueses que participaram neste evento consideraram ter-se tratado de uma ocasião em que foi possível trabalhar em rede, discutir experiências profissionais e planear futuras colaborações nesta área.

Além desta recepção a CIPE® foi o tema central de uma sessão que reuniu centros de investigação e desenvolvimento e enfermeiros interessados nestas questões, onde foram apresentados vários programas e produtos relacionados com esta ferramenta internacional. Decorreu ainda em Durban um *workshop* que procurou introduzir o conceito de conjuntos de dados nuclea-




ARQUIVO OE



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

res (*core data sets*), onde se debateu a forma de introduzir esta terminologia e uma sessão que abordou as bases para a criação de catálogos CIPE® sobre Enfermagem em situações de catástrofe. 



**1 de Julho**

## Desenvolvimento e certificação de competências

**Enf.<sup>a</sup> Maria Augusta Sousa***Bastonária da Ordem dos Enfermeiros*

O desenvolvimento e a certificação de competências dos enfermeiros portugueses têm por base duas premissas. A qualidade dos cuidados de saúde colocados à disposição dos cidadãos e, a regulamentação e o controlo do exercício profissional dos enfermeiros respeitando a ética e deontologia da profissão.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE – Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro), define no artigo 4.º os três eixos do exercício da profissão, a saber: enfermeiro, enfermeiro especialista e autonomia do exercício profissional.

O enfermeiro é definido como «o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.»

Já o enfermeiro especialista é o profissional «habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade.»

O diploma legal referido considera que «cuidados de Enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.»

Dez anos depois da publicação do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, que formalizou a criação da Ordem dos Enfermeiros, o caminho percorrido exige um passo em frente com a institucionalização do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP).

Este vem estruturar um sistema de certificação e desenvolvimento de competências e o processo de construção de um sistema de individualização de especialidades, que irá preceder a aquisição de competências que suportam a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista.

O sistema de certificação de competências refere-se aos modos de acesso ao título profissional, o sistema de individualização de especialidades estabelece a matriz para a individualização das especialidades clínicas em Enfermagem, o perfil e as competências de enfermeiro especialista.

O título profissional de enfermeiro passa a ser atribuído depois de um período de Prática Profissional Tutelada, pela qual o licenciado em Enfermagem passa depois de concluída a sua licenciatura (1º ciclo). O título profissional surge numa altura em que o licenciado já reúne o definido pelo Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Da mesma forma, o título de Enfermeiro Especialista passa a ser atribuído ao enfermeiro depois de um período de Prática Tutelada de Enfermagem, que lhe permite ir ao encontro dos requisitos preconizados pelo perfil de competências do enfermeiro especialista.

A Prática Tutelada de Enfermagem se desenvolve num modelo de Supervisão Clínica definida como processo formal de acompanhamento da prática profissional de reflexão e análise da prática clínica, que promove a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção dos clientes e a segurança dos cuidados prestados.

Esta Prática Tutelada de Enfermagem surge em duas alturas distintas: num momento indutivo de transição para a prática profissional e num momento de transição para um novo papel



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

/ perfil de competências (de especialista), sendo que o primeiro é designado por Exercício Profissional Tutelado (EPT) e o segundo de Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). EPT e DPT assumem-se como dois períodos de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE) para efeitos de Certificação de Competências e atribuição do título de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

Estes dois períodos de prática tutelada implicam o acompanhamento do licenciado em Enfermagem e do enfermeiro por um supervisor clínico. Três questões envolvem o supervisor clínico. Desde logo, a sua nomeação, uma vez que se trata de um processo voluntário, pelo que é necessário que o próprio se disponha a desempenhar este papel e sugira a sua nomeação. A selecção do supervisor tem por base uma matriz de critérios definidos previamente, de acordo com o perfil desejável para o Supervisor Clínico de PTE no modelo de Supervisão Clínica proposto. Por fim as competências de Supervisor Clínico de PTE, que estarão na base do seu processo de formação específica e de certificação por parte da Ordem dos Enfermeiros.

Findos os períodos de Prática Tutelada de Enfermagem, deve ser apresentado, no primeiro caso (EPT), um relatório reflexivo do supervisor acompanhado de um relatório final realizado pelo supervisor clínico e, no segundo caso (DPT), um portfólio realizado pelo supervisor, também acompanhado do relatório final do supervisor clínico. Estes documentos que estarão na base do processo de validação de competências que se finda numa proposta para certificação de competências por parte da OE.

Reconhecimento, validação e certificação são três processos sequenciais e concorrentes para a atribuição de títulos profissional de enfermeiro e de enfermeiro especialista. Os termos reconhecimento e validação de competências referem-se a uma dupla faceta da mesma realidade: uma faceta pessoal (reconhecimento pessoal ou reconhecimento "por si" e/ou "para si") e a faceta institucional ou social (reconhecimento "pelo outro" e ou "para o outro") (Aubret e Gilbert cit in Pires, 2005).

A validação diz respeito a um processo institucional e administrativo, integrado em normas previamente definidas (Colardyn


cit in Pires, 2005). Distingue-se da certificação por levar em linha de conta um leque mais alargado de competências adquiridas em contextos que não os formais. A validação tem como referência um nível preestabelecido de desempenho, um referencial, um padrão. Faz sempre apelo a quadros de referência face aos quais é feita uma comparação (Colardyn cit in Pires, 2005).

A certificação assume-se como uma confirmação formal e oficial em termos sociais, administrativos e legais, tendo como referência uma norma formalizada, e toma a forma de um documento com valor jurídico, como um diploma ou um certificado.

O sistema de individualização de especialidades clínicas em Enfermagem envolve a definição de áreas de especialização com base em dois eixos – estrutural (pessoa / grupo) e organizacional (processo de saúde / doença, ambiente).

A pessoa numa etapa do ciclo de vida	Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
	Saúde da Criança e do Jovem
	Saúde do Adulto
	Saúde do Idoso
A pessoa ao longo do ciclo de vida	Saúde Mental
	Pessoa em Situação Crítica
	Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
	Reabilitação
Grupos Família – Comunidade	Saúde Familiar
	Saúde Pública e Comunitária

Existem domínios comuns e específicos das competências do enfermeiro especialista. Como domínios comuns surgem: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Como domínios específicos temos as competências clínicas específicas de cada especialidade.

A aprovação do MDP implica a mudança de um paradigma na prestação de cuidados. A sua implementação vai obrigar à continuação da negociação política, uma vez que tem implicações não só nas organizações de saúde, mas também nas condições do exercício profissional e da formação do enfermeiro. 

## Padrões de Qualidade: avaliação da disseminação e apropriação do projecto<sup>1</sup>

**Enf.º António Nabais**

*Membro do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros  
– Prelector em Durban*

**Enf.ª Lucília Nunes**

*Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros  
– Prelectora em Durban*

**Enf.º Manuel Oliveira**

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional  
do Centro – Prelector em Durban*

**Enf.º Domingos Malato**

*Gestor do Programa dos Padrões de Qualidade em Enfermagem*

Os principais objectivos desta apresentação são: abordar o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão em Portugal, especialmente no que respeita ao Projecto dos Padrões de Qualidade; e apresentar as diferentes fases do sistema para assegurar a qualidade dos cuidados em Portugal.

Os documentos que enformam o quadro regulador da Enfermagem Portuguesa são dois, a saber: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado em 1996, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) que inclui o Código Deontológico (CD), ambos publicados em 1998.

Dos documentos produzidos pela Ordem, relevamos dois: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – base conceptual e descritiva, divulgado em 2001 e o perfil de Competências do enfermeiro de cuidados gerais, que viria a público dois anos mais tarde.



ARQUIVO OE

Entre 2000 e 2003, as principais etapas do Projecto dos Padrões de Qualidade ficaram marcadas pela definição da sua base conceptual e definição dos padrões de qualidade propriamente dito. Os quatro anos que se seguiram (2004-2007) trouxeram a implementação desta iniciativa e a obtenção dos primeiros resultados. O momento que atravessamos actualmente (2008-2011) está indiscutivelmente relacionado com o desenvolvimento do Projecto dos Padrões de Qualidade.

O caminho percorrido pelos enfermeiros portugueses até agora fica marcado pela forte participação associativa dos enfermeiros em torno dos sindicatos e associações profissionais e por uma permanente abertura à influência externa do desenvolvimento da Enfermagem internacional. Contudo, são de indiscutível relevância as alterações sociopolíticas ocorridas no país na sequência do 25 de Abril de 1974.

De realçar que em 1974 existiam em Portugal cerca de três mil enfermeiros e 15 mil auxiliares de Enfermagem. Em 1986, houve a definição da carreira única da Enfermagem e dois anos mais tarde ocorre a integração da formação em Enfermagem no Ensino Superior (Politécnico). Em 1991 seria definida uma nova carreira

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em inglês, que está disponível no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

para todos os enfermeiros a trabalhar na função pública e dá-se o estabelecimento dos padrões de qualidade de cada serviço como requerimento para avaliação.

Cinco anos mais tarde, foi publicado o REPE que definiu conceitos como os de enfermeiro, enfermeiro especialista, cuidados de Enfermagem, intervenções em Enfermagem e direitos e deveres do enfermeiro. Em 1998, foi publicado o decreto-lei que institucionalizou a criação da OE, um ano depois decorrem as primeiras eleições para os Órgãos estatutários da OE. 2004 e 2008 foram anos marcados pela realização de actos eleitorais, respectivamente, para o segundo e terceiro mandatos.

O Projecto dos Padrões de Qualidade está intimamente relacionado com o desígnio fundamental da OE: «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.»<sup>2</sup>

Olhando para o caminho percorrido, e fazendo uma análise do trabalho desenvolvido sobre os padrões de qualidade a nível nacional e internacional encontramos marcos importantes:

- As versões iniciais da base conceptual e enunciados descritivos (em 2000);
- A validação da base conceptual inicial e dos enunciados descritivos em 25 unidades representativas dos serviços de saúde portugueses com o envolvimento de mais de 800 enfermeiros;
- O debate sobre esta temática realizado no I Congresso da OE (Dezembro 2001);
- A publicação e distribuição a todos os enfermeiros da brochura intitulada «Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos».

É essencial que se faça agora uma explicitação de conceitos. Assim, os indicadores de qualidade de Enfermagem pretendem



ARQUIVO OE

definir a natureza e incluir os diferentes aspectos do mandato social da profissão. É necessário que se consiga clarificar o papel do enfermeiro junto do cliente, dos outros profissionais de saúde, do público e dos políticos.

Relativamente à qualidade do exercício profissional do enfermeiro criámos um enquadramento conceptual assente em quatro conceitos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de Enfermagem.

Neste âmbito, por saúde é entendido «o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico, e o conforto emocional e espiritual»<sup>3</sup>. De realçar que esta representação mental é variável consoante o momento. Por outras palavras, cada pessoa procura o seu equilíbrio, em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação implica. Por pessoa entende-se o ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e em desejos de natureza individual, que tornam cada pessoa num ser único com a sua própria dignidade e auto-determinação. Os comportamentos individuais são influenciados pelo ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve. Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos, o

<sup>2</sup> Artigo 3.º n.º1 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, DL 104/98 de 21 de Abril.

<sup>3</sup> Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Ordem dos Enfermeiros. 2001, p.6.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

que lhe permite compreender que cada pessoa tem o seu próprio projecto de saúde.

A pessoa pode sentir-se com saúde quando transforma e integra as mudanças no seu quotidiano e no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e por outros. De realçar que a pessoa é também o centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são importantes no processo de procura de equilíbrio e são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, que, por sua vez, é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Cada pessoa é encarada como una e indivisível.

O ambiente em que as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos e culturais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se reflectem na concepção de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros precisam de centrar a intervenção na interdependência entre a pessoa e o (seu) ambiente.

No que respeita aos cuidados de Enfermagem, o exercício da profissão de enfermeiro é centrado na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Enfermeiros e clientes têm valores, crenças e desejos de natureza individual em resultado das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Então, no contexto do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, abstendo-se de fazer juízos e valor relativamente ao cliente.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel <sup>4</sup>. Esta relação é desenvolvida e é fortalecida ao longo de um processo dinâmico com o objectivo de ajudar o



cliente a ser proactivo em relação ao seu processo de saúde. É igualmente importante estabelecer parcerias com pessoas importantes para o cliente (família, convivente significativo).

Os cuidados de Enfermagem são focados na promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Estes cuidados melhoram as capacidades individuais de gestão dos recursos da comunidade. Na gestão de recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem da forma de aumentar os recursos pessoais, familiares e da comunidade para lidar com os desafios relacionados com saúde. O exercício profissional dos enfermeiros é inserido num contexto de acção multiprofissional.

Consideramos a existência de dois tipos de intervenção: as que se iniciam na sequência de um diagnóstico e prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) e as que se seguem à prescrição por outros profissionais ou protocolos previamente estabelecidos (intervenções interdependentes), em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação.

O processo de tomada de decisão em Enfermagem implica uma abordagem sistémica e sistemática. O enfermeiro identifica a necessidade de cuidados de Enfermagem para o individuo ou para o grupo. As intervenções em Enfermagem são realizadas de modo a evitar riscos, detectar potenciais problemas e a minimizar ou resolver os problemas identificados. Na tomada de decisão em Enfermagem e na fase de implementação das interven-

<sup>4</sup> Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Ordem dos Enfermeiros. 2001, p.8.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

ções planeadas, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. É reconhecido que os guias de boas práticas baseados na experiência são uma importante base para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Uma dimensão fundamental do exercício profissional decorre da sua base ética e deontológica. Os princípios orientadores da acção, que são o respeito pelos direitos humanos, a responsabilidade e a excelência do exercício, guiam as boas práticas da Enfermagem. Os enfermeiros sabem que bons cuidados diferem de pessoa para pessoa.

Aqui foram definidas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade relativamente: à satisfação do cliente, à promoção da saúde e prevenção de complicações, ao bem-estar do cliente e auto-cuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de Enfermagem.

Os padrões de qualidade traduzem prioridades que orientam o exercício profissional do enfermeiro, em concreto: disponibilizar reflexão acerca da prática; orientar o processo de tomada de decisão, dar relevância à dimensão autónoma dos cuidados; permitir a definição dos indicadores de qualidade; identificar as principais necessidades de cuidados da população; identificar os ganhos em saúde que são sensíveis aos cuidados de Enfermagem; dar informação útil para a implementação, promoção e avaliação dos programas de melhoria contínua da qualidade;

dar informação útil à gestão organizacional e à decisão política em saúde.

Os objectivos relacionados com a Implementação dos padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem são: implementar e desenvolver sistemas de melhoria contínua do exercício profissional dos Enfermeiros e da qualidade dos seus cuidados através da apropriação por estas profissionais dos padrões de qualidade, envolvendo as organizações de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua prática clínica e os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem.

O projecto foi organizado em várias fases, onde se incluiu a partilha com os membros da OE (todos os Conselhos), a realização de reuniões com o Instituto Português da Qualidade, a realização de quatro conferências regionais para partilhar o projecto dos Padrões de Qualidade com os enfermeiros, a organização de um encontro com participação dos enfermeiros directores e dos docentes de Enfermagem.

Foi organizada uma conferência que teve por finalidade a partilha e promoção da apropriação da base conceptual e dos enunciados descritivos da qualidade. Além disso, pretendia-se a criação de sinergias para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade tendo como referência os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e a promoção do exercício profissional autónomo e responsável de forma a evidenciar o impacto do valor dos cuidados de Enfermagem.



ARQUIVO OE

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Um dos elementos essenciais do projecto foi a existência de formadores, de forma a promover os padrões de qualidade e os sistemas de informação. Para o efeito foi constituído um grupo de enfermeiros formadores / dinamizadores institucionais com um determinado perfil. Assim, os formadores deveriam ser reconhecidos e aceites pelos pares pelas suas capacidades; demonstrar capacidades de liderança; ter conhecimento e competências acerca de gestão em qualidade e / ou CIPE®; ter boas capacidades de comunicação; estar motivados e disponíveis para participar no projecto.

Foram também delimitadas as responsabilidades das instituições de saúde que aderiram ao projecto. Estas deveriam dar disponibilidade aos enfermeiros formadores para colocarem o projecto em andamento; articular o trabalho a desenvolver com o Departamento de Formação da instituição; envolver os docentes responsáveis pelo ensino clínico dos estudantes de Enfermagem nas unidades de prestação de cuidados.

A OE chamou a si a responsabilidade pela formação / treino dos formadores e a supervisão e apoio ao desenvolvimento do projecto nas instituições de saúde através dos formadores. Foi identificada a necessidade de realizar reuniões trimestrais entre o membro do Conselho de Enfermagem regional responsável pelo projecto e os formadores institucionais. Seis meses depois da formação foi feita uma análise e discussão do relatório de progresso elaborado pelos enfermeiros formadores, na sequência das visitas institucionais realizadas pela OE.

Aos formadores foi pedida a replicação da formação recebida para divulgação dos Padrões de Qualidade, a definição de indicadores de qualidade sendo ainda responsáveis pelo apoio desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade nas suas instituições. A cada unidade de cuidados foi solicitada a nomeação de um enfermeiro responsável pelo projecto, sendo formado pelos formadores / dinamizadores das instituições de saúde e que replicaria a formação na sua unidade. Preconizou-se a realização de, pelo menos, seis reuniões para formação na unidade.

O envolvimento inicial dos enfermeiros-chefes e dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, bem como, a divul-



ARQUIVO OE

gação dos resultados do projecto a todos os enfermeiros e a todos os profissionais dentro das instituições foi outro dos elementos definidos como fundamentais.

Procurando fazer uma avaliação do Projecto dos Padrões de Qualidade, seu impacto e resultados podemos afirmar que aderiram à 1.ª fase da iniciativa 70 instituições, 27% dos Cuidados de Saúde Primários e 73% de contexto hospitalar. Receberam formação 178 enfermeiros entre Novembro de 2005 e Junho de 2006. Realizaram-se nove reuniões de formação (cada uma com seis dias de duração), 2.646 horas de formação.

Da reflexão acerca dos resultados desta iniciativa destacaram-se vantagens como o aumento do conhecimento em torno dos padrões de qualidade; uma melhor prática clínica e relacionamento com os clientes; melhoria do processo de tomada de decisão; partilha de experiências e ideias; aumento da identidade profissional, visibilidade e representação social; definição de prioridades e aumento da motivação.

As áreas desenvolvidas pelos programas de melhoria contínua da qualidade foram: avaliação e controle da dor; úlceras de pressão, auto-cuidados, cuidados domiciliários, referênciação, admissão e alta, controle de infecção, cuidados continuados, quedas, risco clínico e feridas.

O desenvolvimento destas áreas deu origem à obtenção de

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

ganhos como a avaliação e controle da dor; melhoria dos registos de Enfermagem; contribuir para a implementação de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e linguagem classificada CIPE®; melhoria da comunicação entre equipas, melhoria na gestão e avaliação dos cuidados de Enfermagem, maior ênfase na gestão do risco.

As principais dificuldades registadas prendem-se com a carência de enfermeiros, a insuficiência de SIE, escasso conhecimento da linguagem classificada CIPE®, a construção de programas de melhoria contínua da qualidade; elevada mobilidade de enfermeiros dentro de uma instituição, baixos níveis de motivação e de satisfação registados nas equipas.

Dos resultados vindos do meio académico destaca-se o envolvimento de 82 docentes, sendo que 83% dos envolvidos eram estudantes, a ampla divulgação dos Padrões de Qualidade em Escolas de Enfermagem e sua inclusão nos *curricula* académicos, colaboração com 36 serviços de prática clínica; identificação de ganhos através da reflexão em torno dos padrões de qualidade; mudanças operadas em termos de SIE e dificuldades relatadas em trabalhar com a CIPE®.

Na segunda fase do Projecto, que decorre desde Março de 2007, aderiram mais 44 instituições e 105 enfermeiros, sendo que, hoje, 46% dos enfermeiros portugueses estão envolvidos no projecto dos padrões de qualidade.

Entre 2008 e 2009 foram realizadas reformas dos Cuidados de Saúde Primários e foi dada prioridade às Administrações Regionais de Saúde. O projecto foi apresentado na Comissão Sectorial de Saúde do Instituto Português da Qualidade.

O terceiro mandato dos Órgãos estatutários da OE (2008-2011) trouxe a nomeação de um gestor de projecto, a formação dos Conselhos de Enfermagem regionais, a realização de visitas institucionais a unidades de saúde e a avaliação do «estado da arte» do projecto.

No Quadro 1 podemos observar a distribuição do projecto por

Secção Regional. Enquanto o Quadro 2 aborda a distribuição por área de actuação e o Quadro 3 faz uma caracterização do estágio actual do Projecto do Padrões de Qualidade em Enfermagem. Os dados apresentados das instituições visitadas não tinham ainda disponíveis, os referentes à SR da RA dos Açores.

Quadro 1

Distribuição regional		
Secção Regional	N	%
SR Açores	0	0,00%
SR Centro	26	27,96%
SR Madeira	0	0,00%
SR Norte	25	26,88%
SR Sul	42	45,16%
Total	93	100,00%


Quadro 2

Tipo de instituição		
Tipo	N	%
Hospital	71	76,34%
Cuidados de Saúde Primários	9	9,68%
Rede de Unidades Cuidados Continuados	1	1,08%
Escolas de Enfermagem	8	8,60%
Outros	4	4,30%
Total	93	100,00%

Quadro 3

Caracterização (Maio 2009)	
Enfermeiros formados para serem formadores («dinamizadores»)	1190
N.º de enfermeiros em instituições de saúde com protocolo com a OE	17.320
Enfermeiros formados pelo projecto	56,15%
Serviços nas instituições de saúde	1027
Serviços com formador	823
% de serviços formados	80,14%

## Bibliografia

- OLIVEIRA, Delfim; CORDEIRO, Raul; LOPES, Fátima; OLIVEIRA, Manuel, **Quality Standards Project For Nursing Care in Portugal**, ICN Conference 2007, Yokohama.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, **Project Report 2008/2009**. 

## Liderança para a Mudança: Portugal<sup>1</sup>

Enf.º António Manuel Silva

*Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros e Coordenador Nacional do Programa Liderança Para a Mudança*

No início do segundo mandato dos órgãos da Ordem dos Enfermeiros (2004-2007), o Conselho Directivo elegeu a gestão e liderança em Enfermagem como uma das suas áreas prioritárias de intervenção. Tal deveu-se à constatação que, apesar de uma sólida base estrutural e uma série de condicionantes positivas que foram fruto do trabalho dos enfermeiros e das suas organizações nos 40 anos anteriores, era necessário investir no fortalecimento dos existentes e no desenvolvimento de novos líderes na Enfermagem Portuguesa.

Dessa base estrutural sólida e favorável da Enfermagem Portuguesa constam a formação de base de nível superior, a existência de mestrados e doutoramentos em Enfermagem, um exercício profissional auto-regulado, a garantia da possibilidade de formação contínua e desenvolvimento autónomo de investigação. Não era um «mundo perfeito», mas tudo o que foi possível conseguir começou a ser questionado, de uma forma ou de outra, no âmbito do movimento de reforma da saúde entretanto iniciado em Portugal.

É sabido que nestas alturas os enfermeiros necessitam de:

- boa percepção do contexto e dos objectivos da reforma da saúde;
- visão para desenvolver a saúde e a Enfermagem a todos os níveis;
- capacidade de pensar criticamente, planear a mudança de forma estratégica e de a gerir;
- a força e a confiança para serem proactivos e capazes de responder num ambiente exigente e em mudança.

Contudo, também se sabe que habitualmente os enfermeiros enfrentam dificuldades que têm a sua génese na forma como são formados, no ambiente profissional e na falta de apoio das organizações e do sistema de saúde.

Tendo tudo isto em consideração o Conselho Directivo decidiu explorar diversas opções. A escolha recaiu num programa do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) que tinha sido referenciado pela delegação portuguesa que participou na conferência do ICN de 2003, em Genebra. Aí dois dos membros da delegação participaram numa vibrante reunião da rede do programa, dirigida pela Enfermeira Stephanie Ferguson. Feita uma avaliação global do programa, foi decidido assinar o contrato com o ICN, garantindo a Ordem dos Enfermeiros o seu financiamento integral.

A fase de planeamento decorreu em 2006, tendo sido decidido traduzir todos os materiais do programa para Português e realizar os *workshops* em Inglês com interpretação sequencial para Português. O Comité Executivo do programa era constituído por três membros do CD e o Conselho Consultivo era constituído pelo Comité Executivo e por representantes nomeados pelas Secções Regionais do Centro, Norte e Sul da Ordem dos Enfermeiros e por um representante do Ministério da Saúde.

A primeira edição do programa decorreu entre Janeiro de 2007 e Novembro de 2008 (o fim do programa previsto para Janeiro de 2009, foi antecipado porque a Enfermeira Stephanie Ferguson iria encetar uma nova etapa da vida profissional noutra institui-



ARQUIVO OE

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em inglês que está disponível no site da OE. A parte inicial da comunicação não é incluída neste texto pois trata-se da apresentação da Ordem dos Enfermeiros e da contextualização da sua actividade.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

ção no início de 2009). A segunda edição, decidida depois de ter sido avaliado o sucesso da primeira, decorreu entre Fevereiro de 2008 e Fevereiro de 2010.

Para cada uma das edições do programa foram seleccionados 35 participantes. Foi decidido que não teriam que pagar qualquer propina (o Conselho Directivo entendia que este programa era um serviço da OE aos seus membros), mas foi-lhes exigido que assinassem uma carta de compromisso para com o programa.

A selecção foi feita de forma anónima e segundo os seguintes critérios:

- Obrigatórios: membro da OE em situação regular, mínimo de dez anos de exercício, mínimo de dois anos de experiência de gestão, previsão de pelo menos mais dez anos de exercício profissional (na segunda edição esta exigência passou para 15 anos);
- Preferenciais: membro activo de associações (profissionais, cívicas ou políticas), formação pós-graduada, experiência prévia de gestão de projectos, tempo de exercício profissional, outras actividades relevantes.

Foram ainda decididos alguns critérios específicos que visaram distribuir os participantes da forma mais próxima possível da distribuição dos enfermeiros no país: 24 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, sendo que seriam dois de cada uma das Secções Regionais das Regiões Autónomas de Açores e Madeira, oito da Secção Regional do Centro, dez da Secção Regional do Norte e 13 da Secção Regional do Sul. Já quanto à área de exercício profissional foi decidido privilegiar a área dos Cuidados de Saúde Primários, atribuindo-lhe tantos lugares como à área dos cuidados hospitalares. Os três lugares restantes foram atribuídos a enfermeiros que exerciam a sua actividade na docência (tendo sido enviado um convite a todas as escolas onde era leccionada a licenciatura em Enfermagem para que nomeassem um representante para se admitido ao processo de selecção).


Cada uma das edições teve mais de 100 candidatos.

Relativamente ao primeiro grupo e tendo como referência as 16 características individuais de liderança que o programa pretende desenvolver e o exercício de avaliação que é feito no início e fim do programa, constatamos que houve um desenvolvimento global de todo o grupo. Neste exercício de avaliação são tidas em conta a auto-avaliação, e as avaliações feitas por um subordinado, um colega e o superior hierárquico.

Numa das outras componentes do programa, os Planos de Desenvolvimento Individual, o resultado da auto-avaliação indica que as características que foram mais desenvolvidas foram: aptidão política, consciencialização externa, influência e negociação, visão e pensamento criativo e estratégico.

Neste programa foram desenvolvidos cinco projectos de grupo: TeleEnfermagem no cuidar; Aldeia Saudável; Cois@; Multiculturalidade e Ambientes favoráveis à prática.

Está a decorrer a segunda edição<sup>2</sup>, tendo já ocorrido três *workshops*, e estão em desenvolvimento seis projectos de grupo: Mais informação, melhor saúde; INOVAEnfermagem; Bolsa piloto de enfermeiros para actuação em situação de catástrofe; Processo de implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade; Os enfermeiros na onda do teu projecto de saúde; Parto natural.

Neste momento, não se sabe se irá ser feita nova acção de formação de formadores do programa, pois a OE já tem 11 formadores certificados pelo ICN, que ainda aguardam o início dos programas da Fase 2. Esta nova fase do programa terá incidência regional, isto é, serão as secções regionais a promover a realização dos cursos, e – caso seja possível obter o financiamento externo necessário – também serão realizados cursos nos países africanos de expressão portuguesa. 

<sup>2</sup> À data da realização esta apresentação em Durban. A 2.ª Edição do Programa foi concluída em Fevereiro de 2010.



## Responsabilidade Profissional em Enfermagem<sup>1</sup>

Enf.<sup>a</sup> Conceição Martins

*Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros – Plectora em Durban*

Enf.<sup>o</sup> Sérgio Deodato

*Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*

A relação profissional entre o enfermeiro e a pessoa a quem presta cuidados implica um conjunto de decisões que se materializam em actos ou cuidados.

A base para a avaliação da responsabilidade profissional do enfermeiro é o conjunto dos deveres que integram o Código Deontológico do enfermeiro, assim como os outros deveres inscritos em lei. Ao prestar cuidados, o enfermeiro concretiza a sua responsabilidade pelo Outro, intervindo no sentido da satisfação das suas necessidades de cuidados.

A responsabilidade em Enfermagem é considerada pela capacidade que o enfermeiro tem de responder pelos seus actos.

O regime deontológico e jurídico para a responsabilidade profissional do enfermeiro, encontra-se regulado na alínea b) do artigo 79.º do Código Deontológico do enfermeiro, que prescreve como dever: «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega».

Assim, no seu exercício profissional, o enfermeiro responde pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e ainda pelos actos que delega.

Responde, em quaisquer das suas áreas de actuação: a prestação de cuidados, a gestão, o ensino, a formação, a assessoria ou a investigação. A delegação em Enfermagem ocorre apenas para profissionais que se encontram na dependência funcional dos

enfermeiros e sempre que estes detenham as competências necessária para realiza-los. Não existe delegação de cuidados, mas apenas de tarefas necessárias para a prestação do cuidado pelo enfermeiro.

Como princípio ético fundamental, destacamos «a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro», enunciado no n.º 1 do artigo 78.º do Código Deontológico do enfermeiro. Como valor profissional, enunciado na alínea b) o n.º 2 do mesmo artigo, relevamos a «liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum». Este é o suporte ético essencial para os deveres profissionais que integram o Código Deontológico, do qual destacamos alguns:

### O Dever de Cuidado

O dever de cuidado encontra-se prescrito no artigo 83º do Código Deontológico. Este artigo prescreve no seu enunciado que «o enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever». O dever de cuidado do enfermeiro surge assim fundamentado no *direito ao cuidado* dos cidadãos, podendo este ser entendido, no plano ético e jurídico, como corolário do princípio do respeito pela «dignidade da pessoa humana e do enfermeiro», enunciado no n.º 1 do artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o primeiro artigo do Código Deontológico.

Relativamente ao dever, enunciado na alínea a) deste artigo, que determina que o enfermeiro deve «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento»,



ARQUIVO OE

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em francês, que está disponível no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

salientamos a resposta atempada relativamente às necessidades de cuidados apresentados pelas pessoas. Trata-se de um dever que nem sempre se encontra salvaguardado pelas condições de exercício das organizações de saúde no tempo presente, nomeadamente pela falta de recursos humanos.

Relativamente ao dever de «respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde», enunciado na alínea c) do artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, este tem sido interpretado com a formulação de alguns limites, nomeadamente: a segurança e a exequibilidade. Ou seja, esta liberdade de escolha da pessoa-cliente poderá não ser respeitada quando a sua própria segurança estiver em causa ou sempre que a mudança não seja possível, por exemplo por falta de outro enfermeiro naquele momento.

### O Dever de Informar

Passando a outro domínio, situamo-nos noutra área particularmente sensível do exercício profissional do enfermeiro: o dever de informar e a transmissão da informação.

O valor da «liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum», enunciado na alínea b) do n.º 2 do artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, constitui o principal fundamento ético e jurídico para este dever de informar.

Assim, a transmissão da informação serve de meio para que cada pessoa possa decidir sobre que cuidados que pretende receber.

É por esta razão, que a transmissão da informação aos familiares tem como fim, não um direito destes à informação sobre outra pessoa, mas a necessidade de receber informação com vista à sua participação no processo terapêutico do seu familiar.

Aspecto importante deste dever é o de que a transmissão da informação não deve ser delegável. Deve ser realizada pelo enfermeiro, incluindo a transmissão da informação como um cuidado




ARQUIVO OE

em si mesmo, uma vez que lida com consequências que podem ser danosas, para as pessoas receptoras da informação.

### O Dever de Agir em Complementaridade

O dever de agir em complementaridade, resulta «dos deveres para com as outras profissões», estabelecido no artigo 91.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A *complementaridade funcional*, como descreve o n.º 3 do artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), constitui, assim, a matriz do trabalho em equipa, de onde resulta a articulação entre os diferentes profissionais de saúde, mas assente no respeito pela *área de competência* de cada um, como enuncia a alínea a) do artigo 91.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O exercício deste dever implica que o enfermeiro, enquanto profissional autónomo da equipa de saúde e agindo com os outros em complementaridade, assume, individualmente, a responsabilidade pelas suas decisões e pelos seus actos. A partilha de cuidados de saúde não altera a natureza individual da responsabilidade, nem a autonomia da profissão de enfermeiro. Daí que, mesmo nos actos que se articulam com os restantes membros da equipa de saúde, ao enfermeiro cabe assumir a sua responsabilidade profissional pelo que decide e faz. 

## Melhores cuidados de saúde com o combate ao exercício ilegal da profissão<sup>1</sup>

**Enf.º Alexandre Tomás**

*Vogal do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE  
– (prelector em Durban)*

**Enf.º Rogério Gonçalves**

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE*

Desde a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em Portugal que o combate ao exercício ilegal da profissão se revelou necessário. Até aí, o controle do exercício ilegal era efectuado pelo Estado e visava unicamente o controlo de acesso dos profissionais de Enfermagem aos organismos do Estado.

As necessidades dos cuidados em Enfermagem da população são muito mais extensas do que as ofertas proporcionadas pelos hospitais e centros de saúde. Existem hospitais, clínicas privadas e também centros de Enfermagem – estes últimos são estabelecimentos comerciais em que a área de negócio é a oferta de cuidados – onde o controlo era efectuado na verificação de condições técnico-estruturais para abertura do estabelecimento e na garantia da responsabilidade técnica. Depois de iniciar actividade, a opção e o desejo de ter profissionais legalmente qualificados dependia das organizações.

Em 1998, com a criação da OE o registo dos enfermeiros passou a ser condição indispensável para o exercício profissional. Nem todos os que trabalhavam em Enfermagem reuniam as condições legalmente exigidas para a atribuição do título profissional. A população não recebia cuidados de Enfermagem assegurados por quem podia garantir essa qualidade: os enfermeiros.



O desígnio fundamental da OE é «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.»

Com a constituição da OE, o Estado devolveu aos enfermeiros o poder de regular a profissão e passou a só poder intervir se a OE não cumprir o seu mandato social ou quando não for assegurada a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A necessidade de lutar contra o exercício ilegal da Enfermagem surge em dois momentos: e quem não está inscrito na OE para todos os efeitos não é enfermeiro e, portanto, a Ordem não pode exercer o seu poder disciplinar; e quem afirma que é enfermeiro, e não é, está a cometer um crime público.

Foi importante os enfermeiros terem estabelecido um Código Deontológico (CD) que se comprometeram a cumprir. Se não se cumprir o CD, o facto em causa pode ser analisado pelo tribunal disciplinar da OE, o Conselho Jurisdicional. Desta forma está a assegurar-se «a observância pelas regras éticas e da

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em espanhol, que está disponível no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

deontologia profissional». Quando alguém se afirma como enfermeiro e não o é, não está obrigado a cumprir o CD. Se o indivíduo em causa for objecto de uma queixa, a OE não pode intervir, uma vez que não tem jurisdição sobre quem não é membro.

De acordo com o Código Penal, quem utiliza um título que não o certifique legalmente está deliberadamente a enganar um cidadão. Trata-se de um crime público, que obriga à sua denúncia. Assim, a OE comunica-o ao Ministério Público que levará o caso a tribunal.

Nos últimos anos, em resultado das intervenções da OE, foram retirados das instituições indivíduos que utilizaram de forma ilegal e incorrecta o título de enfermeiro. Mas se este processo decorreu de forma célere nas instituições públicas, nas instituições privadas tal não ocorreu.

Aqui devem também ser mencionados os aspectos relacionados com a pessoa, que desempenhava o papel de enfermeiro pelo que, eventualmente, poderia continuar a fazê-lo. Estes sentiam-se como enfermeiros pela forma como se relacionavam com a população e pela impunidade em que viviam até à criação da OE.

Um indivíduo não qualificado implica custos inferiores quando comparado com um profissional credenciado. Assim, foi necessário intervir junto de hospitais e clínicas privadas, de lares de idosos e de centros de Enfermagem. Aí o papel da OE não é fácil porque não possuímos um corpo de membros profissionalizado. Quem o faz só pode desempenhar o seu papel de forma pontual e de acordo com a sua disponibilidade. A agravar esta situação temos a extensão de território que cada Secção Regional tem de acompanhar e que, no caso da Secção Regional do Sul representa cerca de 40% do território continental.


É importante o controle do exercício ilegal e a cooperação institucional com outras entidades. Os serviços de Segurança Social com capacidades inspectoras específicas no que diz respeito ao funcionamento dos lares de idosos têm sido parceiros importan-

tes. Quando, na continuação das suas actividades se deparam com situações de dúvida relacionadas com Enfermagem, enviam a questão para a Ordem que adopta o mesmo procedimento quando toma conhecimento de situações fora da sua esfera de acção.

Existe também a Entidade Reguladora da Saúde, cuja actividade é essencialmente de regulação da actividade económica das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A lei obriga ao registo de cada trabalhador na Entidade Reguladora da Saúde. Mas como se registam enfermeiros com mais de 30 anos de serviço, mas que não estão inscritos na OE? Se este profissional for alvo de uma queixa, à Ordem resta a possibilidade de informar o Ministério Público que posteriormente o acusará judicialmente. No nosso país, as empresas de recursos humanos que contratam indivíduos que não reúnem condições para se registarem na OE.

Decorrentes de situações de formação diferentes das existentes no território português, existem cidadãos que pretendem ver reconhecidas as (poucas) qualificações que possuem tendo em vista a atribuição do título profissional em Portugal. Assim, em vez de procurarem suprir a carência de formação numa Escola Superior de Enfermagem, iniciam a sua prática profissional. Estas pessoas não possuem o título de enfermeiro, por isso, não auferem o salário que um enfermeiro receberia. Mas, quando exercem a actividade, a população acredita que essa pessoa é enfermeiro.

Em Portugal vive-se uma situação, anteriormente identificada noutros países, de não ter sido dada a possibilidade legal de defender a qualidade dos cuidados de Enfermagem. O enfermeiro é o único responsável pelos seus actos, trabalhando em articulação, não em dependência, com outros profissionais.

A população tem direito a receber intervenções de Enfermagem adaptadas às necessidades e executadas por profissionais legalmente habilitados. Desta forma, estar-se-á a contribuir para a melhoria da saúde geral da população, assumindo como prioridade o combate ao exercício ilegal da profissão. 

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### «COIS@» – Centro de Oportunidades e Inovação em Enfermagem

Os simpósios apresentados em Durban decorreram numa sessão de 90 minutos, com um mínimo de três oradores, que apresentaram três diferentes perspectivas de um único tema. Este simpósio começou com uma apresentação do Enf.º António Manuel Silva, coordenador do Nacional do Programa Liderança Para a Mudança em Portugal que fez um enquadramento do mesmo no nosso país. Por ter sido objecto de uma apresentação noutra sessão do Congresso poderá encontrar uma versão deste texto nas páginas 52 e 53.

Enf.ª Ana Cristina Mesquita

Vencedora do 2.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres – Plectora em Durban

Enf.ª Helena Pestana

Vencedora do 2.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres – Plectora em Durban

Enf.º Júlio Gomes

Vencedor do 2.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres

Enf.º Nelson Guerra

Vencedor do 2.º Prémio do Concurso Nacional de Comunicações Livres

No âmbito do 1.º Programa de «Liderança para a Mudança»™ promovido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em parceria com o ICN, elaborámos um projecto em que pretendíamos construir, desenvolver e manter, que se afirmasse como um ponto de encontro, divulgação, informação, formação, optimização do conhecimento e assessoria com o objectivo de estimular e orientar o empreendedorismo em saúde, particularmente em Enfermagem.

A apresentação internacional ao universo da Enfermagem decorreu no 24.º Congresso do ICN, em Durban, onde pudemos expor as razões e as ideias deste projecto. São essas ideias que aqui vos trazemos, esperando que sejam a concretização daquilo em que acreditamos e que configuram as intenções e princípios subjacentes à criação do nosso projecto, ao qual chamámos «COIS@» – Centro de Oportunidades e Inovação em Enfermagem.



ARQUIVO OE

No universo dos países de expressão oficial de Língua Portuguesa poucos são os projectos liderados por enfermeiros que, de facto, resultam em mais-valias para a sociedade, e que de forma objectiva condicionam a influência estratégica e a liderança pragmática. Na pesquisa efectuada através dos descritores «Enfermagem» e «empreendedorismo», não se encontram publicações ou locais na internet que nos forneçam informação sobre o que fazer ou como fazer para estimular ou orientar projectos de intervenção que visem a actividade de Enfermagem.

Desejamos congregar o mais vasto conjunto de informações, e experiências de boas práticas, enquanto importantes contributos e partilha de conhecimentos que promovam a consolidação do saber e a prossecução do empreendedorismo individual de cada enfermeiro.

Pretendia-se que este projecto fosse entendido como um incen-



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

tivo a todos os enfermeiros que têm o português como língua comum e interesse empreendedor e, ao mesmo tempo, seja um veículo de suporte à tomada de decisão empreendedora de cada enfermeiro.

Era também nossa intenção criar as condições para que os enfermeiros pudessem iniciar, implementar e desenvolver os seus projectos empreendedores, constituindo-se este espaço como um parceiro interveniente no desenvolvimento da profissão em particular e da saúde em geral, de acesso livre e global que poderia ser suportado por parcerias facilitadoras do acesso à internet nas comunidades de enfermeiros / saúde, particularmente nos países lusófonos mais carenciados.

Estavam, assim, reunidas as primeiras condições para dar início a um projecto que acreditamos ser uma ideia inovadora e simultaneamente estimulante: uma ideia que aproximasse os enfermeiros lusófonos criando para tal uma rede virtual que juntasse os saberes dos enfermeiros Portugueses, Cabo-verdianos, Guineenses, São-Tomenses, Angolanos, Moçambicanos, Brasileiros e Timorenses....É assim, que nasce a COIS@.

Sustentámos o nosso projecto no diagnóstico que efectuámos, sendo identificados três pontos fundamentais de interesse:

- Carência de intervenção / apoio na área do empreendedorismo e consultadoria;
- Necessidade de formação em áreas clínicas relevantes;
- Necessidade de organizar dados e desenvolver projectos de investigação.

Procurámos fazer um planeamento consistente da nossa actividade, de forma a, respeitando as fraquezas e ameaças identificadas, valorizássemos os pontos fortes, como a nossa língua, o saber tecnológico e técnico e as oportunidades assim como a rede de apoios e de contactos de que dispomos e que desejamos valorizar e enriquecer.

Entendemos ainda que o actual mercado de trabalho, pelas dificuldades e desvalorização dos cuidados de Enfermagem e da



ARQUIVO DE

própria profissão, que cada vez é mais notório nas organizações de saúde em que exercemos é, ou poderá ser favorável ao empreendedorismo em Enfermagem. Desta forma, pretendemos dar resposta, por um lado, às necessidades em cuidados de Enfermagem e, por outro lado, à própria empregabilidade dos enfermeiros, particularmente dos mais jovens.

Para implementarmos este projecto foi necessário desenvolver algumas estratégias, entre elas uma que desse sustentação jurídica, legal e financeira ao projecto, sendo então criada uma Associação de Direito Privado sem fins lucrativos, a **Associação Para a Inovação e Oportunidades em Saúde** (APIOS) a qual foi registada em 21 de Julho de 2008.

Desde Abril de 2008, a COIS@.com.pt é a página oficial deste projecto. Trata-se do Centro de Oportunidades e Inovação em Saúde que procura integrar as novas tecnologias de informação materializando-se, numa primeira fase, por um site, através do qual se procurará trabalhar três eixos fundamentais: apoio ao empreendedorismo, formação, com especial ênfase na área da tuberculose, VIH / SIDA e diabetes e a investigação aplicada em saúde.

A área da formação e do empreendedorismo são temáticas mais desenvolvidas até à presente data no *site* do COIS@. Sendo as duas temáticas estruturantes e consideradas prioritárias para este projecto.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### A formação

A aplicação das tecnologias da informação e da comunicação à área da formação levou a criar novas modalidades de aprendizagem a distância, sendo as mais comuns:

- **e-learning** em que o formando passa a ter tempo para aprender ao seu ritmo, com o apoio dum tutor, sem perder a possibilidade de interagir com os restantes participantes do seu curso;
- **blended-learning** onde o formando passa a ter acesso uma modalidade de formação que assenta no recurso ao e à formação presencial com papéis complementares.

Mas, para além das evidentes vantagens da formação era necessário estabelecer um desenho para formato de formações preconizado. As características das formações deveriam aos seguintes requisitos:

- Tutoria activa
- Interactividade
- Planeamento da duração das acções de formação
- Conteúdos disponibilizados de forma modular
- Calendarização das tarefas e actividades
- Formato de avaliação com diversos momentos que permitam acompanhar o progresso do formando
- Cursos *e-learning*
- O horário de conveniência do formando

Independentemente das modalidades presentes em cada curso, o formando nunca estará só e contará com o apoio do tutor. Podendo ainda trocar experiências e trabalhar em conjunto com os outros formandos.

Com base nos conteúdos disponibilizados (leitura de documentos e o visionamento de vídeos), e socorrendo-se da sua experiência profissional, o formando realizará actividades relacionadas com a temática do curso.

Cada acção de formação é apoiada por duas audioconferências

(AC) durante as quais formandos e tutor debatem as questões levantadas pela realização das actividades. Na 1.ª AC há lugar ao esclarecimento de dúvidas em relação à realização das actividades propostas e na 2.ª AC há do tutor sobre as actividades realizadas.

Ao longo da formação a distância, tutor e formandos devem manter um contacto regular através do , bem como durante as sessões de audioconferência.

No COIS@ queremos dar contributos formativos nas áreas diagnosticadas como prioritárias para os enfermeiros / organizações. Com base no diagnóstico de situação efectuado, propusemos três temas que considerámos incontornáveis como necessidade na luta por mais e melhor saúde das nossas populações: Tuberculose, VIH / SIDA e Diabetes.

### O empreendedorismo

O mundo actual, por via de profundas transformações económicas, financeiras, sociais e políticas, entre outras, vive numa situação de «crise», em que as oportunidades de emprego e as relações de trabalho se alteraram profundamente. E é exactamente nestes momentos que surgem as grandes oportunidades de novos negócios e a manifestação de ideias inovadoras.

Agostinho da Silva dizia-nos que o homem realiza-se fundamentalmente no acto de pensar e de criar o que não existe. A iniciativa de empreender e o inconformismo consequente são por isso a chave da melhor porta de entrada neste novo ciclo de «crise» na economia mundial.

E é no próprio processo de criação de ideias e no da sua selecção, que vamos encontrar os genes necessários para que o redesenho da realidade possa ser feito. De um modelo esgotado, temos todos de contribuir com iniciativas mais ou menos significativas para que renasça uma nova forma de viver, de estar, de trabalhar, de assegurar um futuro sustentável. Cada nova ideia, cada nova iniciativa pode parecer irrelevante. Mas não é!

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

Para ser um empreendedor de sucesso é essencial que tenha (ou aprenda a usar) algumas características específicas. A garra, a força de vontade e a determinação são, talvez, as mais importantes, mas há outras a considerar: saber lidar com os riscos, possuir iniciativa e ser optimista, conhecer a área onde pretende trabalhar, ser curioso, saber organizar e ser líder.

Uma das missões da COIS@ é prestar consultadoria na área do empreendedorismo em saúde genericamente e, em particular, em Enfermagem. Apoiar todos os enfermeiros da lusofonia que assim o solicitarem, quer em nome individual, quer em grupo ou associação, no sentido criar novas oportunidades, novos horizontes na sua vida e na sua actividade, é o nosso maior desejo.


Os grandes negócios surgem de pequenas ideias. Pequenas mas originais, ainda que existam conceitos e regras obrigatórios a ter em conta. Hoje, um deles, é a especificidade: cada um deve fazer aquilo para que está dotado e especializar-se, tornando-se único.

A COIS@ está disponível para estudar parcerias de forma a desenvolver ideias, no País ou nos países de expressão oficial de Língua Portuguesa, e ainda, disponibilizar espaço para as divulgar. No sentido de estimular o empreendedorismo poderá ser visualizado no *website* COIS@ alguns exemplos de novos projectos de negócios, nomeadamente:

**A loja do pé** – São hoje inúmeros os cidadãos com problemas de saúde que afectam os pés. É fundamental um conhecimento profundo destas lesões, as suas causas, os grupos mais afectados e a especialização na prevenção e tratamento dessas situações. Podemos e estamos em condições de fornecer informação fundamental.

**Nursing home** – Ideia que começa a ser importada de países mais desenvolvidos mas que poderá adaptar-se às necessidades sociais. É um conceito diferente de prestação de cuidados de Enfermagem, transformando a solução de residir em lar numa unidade de prestação de cuidados de Enfermagem. Dirigida essencialmente à população que carece de cuidados de Enfermagem, poderá ser uma boa ideia, um bom negócio e uma importante resposta às necessidades do País.

O caminho que até agora percorremos foi, talvez, o menos tortuoso, qualquer das ideias sugeridas anteriormente implica trabalho, investimento pessoal, que pode ser significativo, mas também proporcionará, certamente, um retorno de valorização social e profissional para os empreendedores.

Por fim, e fazendo os mais sinceros votos de sucesso para todos aqueles que aceitarem alguns dos desafios por nós colocados, queremos deixar-vos, a todos sem excepção, o convite para que se juntem a nós neste projecto porque a ENFERMAGEM é a MELHOR COIS@ do MUNDO. 



ARQUIVO DE

**2 de Julho**

## O Projecto Rapariga Urbana: Portugal<sup>1</sup>

**Enf.º António Manuel Silva***Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros*

A participação da Ordem dos Enfermeiros (OE), e de Portugal, no Projecto Rapariga Urbana foi decidida pelo Conselho Directivo em 2004, tendo o compromisso com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) sido assinado em Março do ano seguinte. O desenvolvimento do projecto foi cometido à Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEESIP), que indicou para a sua coordenação a enfermeira especialista, Madalena Ramos.

Desde essa altura até Abril de 2009, quando foi apresentado o relatório final, muitos foram os desafios que tiveram de ser ultrapassados. Porque este foi para a Ordem dos Enfermeiros um processo de aprendizagem, há que mencionar alguns desafios mais marcantes, como a constituição da equipa de investigação, as dificuldades sentidas pela ausência de Conselho Consultivo, os contratempos causados pelos processos de comunicação e decisão internos da complexa estrutura da OE e, finalmente, o desafio da transição de mandato com a tomada de posse de uma nova CEESIP.

A equipa do projecto foi constituída pela Enf.ª Madalena Ramos, em representação da CEESIP (mandato 2004 / 2007), que assumiu a coordenação; pelas enfermeiras Maria da Graça Vinagre, Maria Isabel Albernaz e Maria Isabel Malheiro da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (UI&DE) de Lisboa, e pelas enfermeiras Maria do Carmo Sousa, Filomena Raimundo e Maria João Monteiro da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real / Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.



A interface deste grupo de investigação com a OE e o ICN foi assumida pelo Enf.º António Manuel Silva, membro do Conselho Directivo e responsável pelas Relações Internacionais (mandato 2004 / 2007).

A amostra do estudo foi constituída por 97 raparigas, com idades entre os 10 e 14 anos, que frequentavam cinco escolas públicas de duas cidades Portuguesas: Lisboa (uma das condições do projecto era a da inclusão no estudo da capital do país) e Vila Real.

A recolha de dados foi feita utilizando a metodologia de *focus group*, em dez sessões, tendo cada uma delas entre oito e dez participantes. As sessões foram antecipadamente preparadas com os professores das escolas, que escolheram intencionalmente as raparigas que nelas participaram. As participantes foram agrupadas por idades (10 / 11 e 12 / 13 anos) e a sua participação no estudo foi autorizada, por escrito, pelos respectivos pais.

As sessões de *focus group* foram orientadas por um guião elaborado previamente, que teve por base o que foi utilizado nas sessões realizadas no Botswana e na Suécia. Cada sessão foi realizada em

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em inglês. A parte inicial da comunicação não é incluída neste texto pois trata-se da apresentação da Ordem dos Enfermeiros e da contextualização da sua actividade. A apresentação e o texto integral do estudo (tanto em Português como em Inglês) podem ser consultados no site da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

salas de aulas, preparadas para o efeito, teve a duração de quatro horas e foi integralmente registada em áudio e vídeo. A análise dos dados foi feita a partir da transcrição integral do registo áudio, utilizando uma abordagem qualitativa e análise de conteúdo por categorias, de acordo com Morgan e Kruegger. Nas sessões foram colocadas questões sobre cada uma destas nove categorias: escola, amizade e amigos, família, tempos de lazer, trabalho, segurança, saúde, puberdade e envelhecimento.

Da análise efectuada emergiram, em cada tema, as seguintes categorias:

**Escola:** contexto de aprendizagem (três sub-categorias); contexto de socialização (duas sub-categorias); dificuldades na escola (duas sub-categorias), atitudes dos professores em função do género.

**Amizade e amigos:** significado (duas sub-categorias); percepção em função do género; características do melhor amigo (duas sub-categorias); interacção com os amigos (duas sub-categorias); vivência da solidão; características da rapariga popular; características da rapariga e rapaz ideal.

**Família:** significado; dinâmica familiar (duas sub-categorias) e perspectiva futura.

**Tempos de lazer:** actividades relacionadas com as tecnologias de informação e comunicação; actividades desportivas; actividades de convívio e actividades de carácter individual.

**Trabalho:** significado no presente (três sub-categorias: independência económica, ocupação profissional, construção do futuro) e significado no futuro (quatro sub-categorias: ocupação profissional, bem estar e satisfação, reconhecimento social e independência económica).

**Segurança:** factores securizantes (seis sub-categorias) e factores ameaçadores (cinco sub-categorias).


**Saúde:** significado (duas sub-categorias); conhecimentos, atitudes e comportamentos promotores de saúde; fontes de informação; riscos e ameaças e preocupações em função do género.

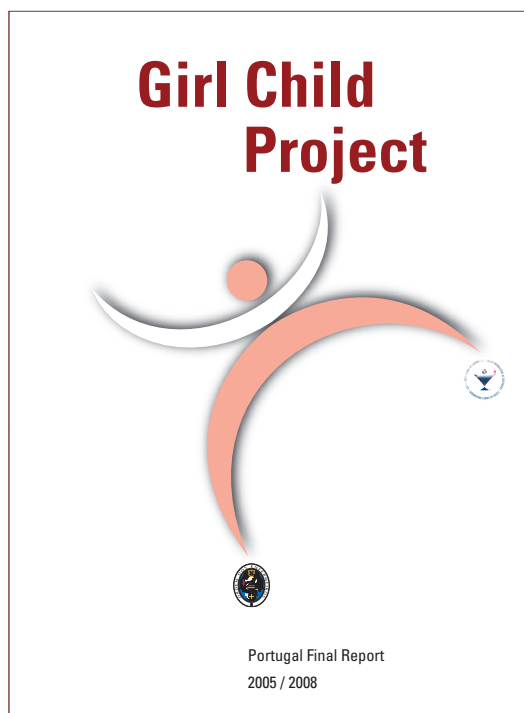
**Puberdade:** conhecimentos; sensações face ao tornar-se mulher; fontes de informação e necessidades de informação.

**Envelhecimento:** significado; percepções negativas e percepções positivas.

Do relatório final que, como já foi mencionado, foi apresentado em Abril de 2009 podem inferir-se as seguintes implicações para o trabalho da OE nas políticas públicas relativas a esta área:

- há uma necessidade premente de formalizar de forma adequada e sistemática a intervenção dos enfermeiros nas escolas;
- deve ser sugerido às direcções das escolas que contratem enfermeiros para lidarem com as questões gerais de saúde, prestarem cuidados directos de Enfermagem e ensinarem matérias relacionadas com a saúde, nomeadamente educação sexual;
- devem ser criadas dinâmicas conducentes a um maior envolvimento dos estudantes na concretização dos objectivos de uma escola promotora de saúde, estimulando a sua participação e responsabilidade em diversas áreas chave.

O relatório integral do projecto, em português e inglês, pode ser acedido em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt). 





## Biblioteca Móvel em Português<sup>1</sup>

**Enf.º Júlio Branco**

*Secretário do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros  
– Prelector em Durban*

**Enf.º António Manuel Silva**

*Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros*

**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\**

A apresentação efectuada durante o Congresso do Conselho Internacional dos Enfermeiros (*International Council of Nurses* – ICN) em Durban, África do Sul, resultou em grande parte da análise efectuada sobre os resultados do Projecto Biblioteca Móvel em Português.

Estas questões e a análise daí decorrente foram abordadas numa reunião organizada pela Ordem dos Enfermeiros e que se realizou em Maio de 2009, em Lisboa, por ocasião da reunião dos Ministros da Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Este encontro serviu para informar, discutir e avaliar o projecto e nela participaram representantes das associações de enfermeiros de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

O projecto Biblioteca Móvel (BM) tem por base a iniciativa do ICN *Mobile Library*, que visa levar informação actualizada sobre saúde aos enfermeiros que trabalham em áreas remotas dos países em desenvolvimento. As primeiras BM estão no terreno desde 2007, sendo que a informação que tem sido recolhida sobre a sua aceitação / utilização tem sido bastante positiva.

Uma BM é um baú metálico com cerca de 50 livros e outras publicações que se destina a ser transportado de local para local, possibilitando o acesso ao conhecimento, à cultura e à informação.

O Projecto BM tem contado com a parceria de várias empresas e instituições como a CPLP (CPLP), a Direcção-Geral de Saúde, a Fundação Calouste Gulbenkian, a Lusodidacta, a Associação Para o Desenvolvimento Garcia d'Orta, a Merck, Sharp & Dohme, a FORMACAU e o Ministério da Saúde do Brasil.

À data da presente comunicação tinham sido distribuídos 25 baús, como pode ver-se no Quadro 1, enquanto no Quadro 2 é possível observar a distribuição nos países.

No Quadro 3, é possível verificar o número de utilizadores das Bibliotecas em cada país ao longo de 2007 e 2008, bem como a sua distribuição por grupos profissionais, constatando-se claramente que não são apenas enfermeiros aqueles que utilizam este importante recurso. Aliás, o segundo maior grupo de utilizadores são os estudantes, quer de Enfermagem, quer de Medicina.

No caso de São Tomé, os dados foram apresentados de forma descritiva e no caso de Moçambique foram apenas apresentados dados qualitativos relativamente à utilização das respectivas bibliotecas, pelo que não foram tratados quantitativamente. Os aspectos positivos apontados relativamente à implementação do projecto, pelos diversos países foram:

- Actualização do conhecimento científico dos utilizadores;
- Melhoria da prestação dos cuidados de saúde;
- Contribuição para o ensino de alunos de Enfermagem, Medicina e outros;



ARQUIVO OE

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em inglês, que está disponível no site da OE.

\* À data da apresentação desta comunicação.

# C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

- Contribuição para a auto-estima dos enfermeiros;
- Reforço da profissão de Enfermagem;
- Participação e compromisso dos enfermeiros na implementação do projecto;
- Apoio dos responsáveis das instituições de saúde em alguns países;

**Quadro 1 – Número de Bibliotecas por país**

País	N.º de Bibliotecas
Angola	9
Cabo Verde	3
Guiné-Bissau	3
Moçambique	7
São Tomé e Príncipe	3

**Quadro 2 – Localização das Bibliotecas**

Ano	País	N.º BM's	Cidade	País / Distrito
		1	Cabinda	Cabinda
		1	Caxito	Bengo
		1	Uíge	Uíge
		1	N'dalatando	Quanza Norte
2007	Angola	1	Malange	Malange
		1	Huambo	Huambo
		1	Lubango	Huíla
		1	Saurimo	Lunda Sul
		1	Luena	Moxico
		1	Xai-Xai	Gaza
2007	Moçambique	1	Beira	Sofala
		1	Lichinga	Niassa
		1	São Tomé	Água Grande
2007	S. Tomé e Príncipe	1	Caué	Caué
		1	Príncipe	R. A. Príncipe
		1	Tete	Tete
2008	Moçambique	1	Pemba	Cabo Delgado
		1	Quelmane	Zambézia
		1	Inhambane	Inhambane
		1	Praia	Ilha de Santiago
2008	Cabo Verde	1	Ribeira Grande	Ilha de Santo Antão
		1	São Filipe	Ilha do Fogo
2008	Guiné-Bissau	1	Bissau	Bissau
		1	Bafatá	Bafatá
		1	Mansoa	Oio

**Quadro 3 – Distribuição dos utilizadores das Bibliotecas Moveis por grupos profissionais**

País	Ano	BM's	Número de leitores/ aluguer de livros das BM's					Total
			Enfermeiros	Médicos	Outros Profissionais de Saúde	Estudantes Enfermagem Medicina	Outros Profissionais	
São Tomé	2007	3						1.300
Moçambique	2007	7						
Angola	2007	9	960	40	50	80	30	1.160
Cabo Verde	2008	3	45	7	2	10	1	65
Guiné Bissau	2008	3	375		36	487		898
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>1.380</b>	<b>47</b>	<b>88</b>	<b>577</b>	<b>31</b>	<b>3.423</b>




ARQUIVO OE

Os principais aspectos negativos apontados foram:

- A existência de um número ainda insuficiente de bibliotecas;
- Falta de recursos para assegurar a manutenção e a mobilidade das bibliotecas;
- Falta de recursos para formar os gestores locais das bibliotecas;
- Falta de recursos para assegurar viagens dos coordenadores nacionais até às regiões onde se situam as bibliotecas;
- Pouco apoio das entidades governamentais em alguns países.

As principais perspectivas futuras para as organizações nacionais de Enfermagem, relativamente ao Projecto BM, são:

- Melhorar a supervisão e o apoio;
- Dotar as restantes regiões de bibliotecas, nos países em que o projecto está implementado;
- Promover a troca de informação e experiencias entre as regiões e os países da CPLP;
- Aumentar o número de leitores;
- Melhorar a informação acerca do projecto Biblioteca Móvel;
- Procurar fundos de parceiros potenciais para assegurar o funcionamento;
- Corrigir as dificuldades identificadas e assegurar a cobertura nacional nos países onde está implementado o projecto. 

## Direitos Humanos e Deontologia Profissional<sup>1</sup>

Enf.º Sérgio Deodato

*Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*

Em 2008, comemorou-se o 60.º aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e o 10.º aniversário do Código Deontológico do enfermeiro português. Dois documentos com um objecto comum: a protecção da pessoa e dos seus direitos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos dirige-se à protecção dos direitos hoje reconhecidos a todas as pessoas, independentemente do lugar onde se encontrem. Do mesmo modo, o Código Deontológico dos enfermeiros portugueses assume como fundamento ético, a protecção dos direitos das pessoas a quem são prestados cuidados.

Continuando a explorar a ligação entre estes dois documentos normativos, concluímos ainda que os direitos humanos constituem a base fundamental para os direitos protegidos no Código Deontológico. O exercício profissional de Enfermagem centra-se no cuidado ao Outro, assumindo-se que «os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue»<sup>2</sup>, como enuncia o enquadramento conceptual da Enfermagem Portuguesa. O cuidado concretiza-se numa relação interpessoal entre a pessoa e o enfermeiro e sendo de natureza profissional, toma como objecto da relação, o Outro e as suas necessidades de cuidados.

Nesta relação de cuidado, a pessoa encontra-se frequentemente com alterações do seu estado de saúde, o que lhe confere uma especial vulnerabilidade. De igual modo, dependendo do estágio de desenvolvimento do seu ciclo vital, as pessoas podem apresentar-se aos cuidados de Enfermagem com dependência parcial ou absoluta. Assim, o enfermeiro ao prestar cuidados, toma como objecto do seu papel social a pessoa e a sua condição particular decorrente do estado de saúde / doença.

A protecção das pessoas pode ser reflectida de diferentes perspectivas, consoante as diversas dimensões em que essa protecção se concretiza. Uma dimensão fundamental integra o respeito pelos direitos das pessoas. A pessoa, considerada nos cuidados de Enfermagem, é um ser com direitos, que entra na relação de cuidado com o enfermeiro, com a sua titularidade plena. Enquanto cidadão, vê atribuído pelo Estado um conjunto de direitos que permitem a sua vivência em sociedade.

O reconhecimento da titularidade dos direitos fundamentais é dever de todos, assim como o respeito pelo exercício num ambiente de liberdade responsável, de cada um em especial. Ao Estado e à Administração Pública Portuguesa – onde a Ordem dos Enfermeiros se inclui – cabe um papel de promoção e protecção relativas à efectivação dos direitos pelas pessoas. É nesta medida que a Ordem dos Enfermeiros assume a responsabilidade institucional de fomentar a promoção e a defesa dos direitos das pessoas a quem são prestados cuidados de Enfermagem, em especial, aos cidadãos, em geral. Para tal, as suas atribuições devem ser interpretadas no sentido do fim último da garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem, «assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional», como enuncia a formulação do seu *desígnio fundamental*, formalizado no n.º 1 do artigo 3.º do seu Estatuto, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

Garantindo a qualidade dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros defende os direitos das pessoas. Uma forma da Ordem dos Enfermeiros agir, é através da interpretação da Deontologia Profissional de Enfermagem Portuguesa, no sentido da promoção e da protec-



ARQUIVO OE

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em francês, que está disponível no site da OE.

<sup>2</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. 2002.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

ção dos direitos das pessoas, clientes de cuidados de Enfermagem. Desta forma, a interpretação formal que a Ordem dos Enfermeiros faz da Deontologia Profissional de Enfermagem, nomeadamente através dos pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional, assume como fundamento ético o respeito pela dignidade humana, da qual os direitos individuais constituem um seu corolário. É neste sentido que o Código Deontológico enuncia como dever geral, na alínea c) do artigo 79.º, que o enfermeiro assume o dever de «proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional».

Quando o Código Deontológico prescreve no seu artigo 83.º o dever prestar cuidado «em tempo útil», fundamenta este dever no «respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença». Ou seja, a responsabilidade pelo cuidado ao Outro, decorre do direito atribuído este, no âmbito de um direito mais amplo de protecção da saúde, que a Constituição da República Portuguesa estabelece para todos os cidadãos, no seu artigo 64.º.

Do mesmo modo, ao prescrever no seu artigo 82.º, o dever de «atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor» e defender a «vida humana em todas as circunstâncias», o Código Deontológico suporta-se no «respeito pelo direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital». Igualmente, a consagração do direito à vida pela Constituição, no seu artigo 24.º, encontra protecção especial na Deontologia profissional de Enfermagem.

O direito à autodeterminação, que constitui uma dimensão do princípio da dignidade humana consagrado no artigo 1.º da Constituição e no n.º 1 do artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico), encontra também protecção especial no Código. O respeito pelo consentimento para os cuidados de Enfermagem, constitui uma manifestação essencial deste direito, encontrando-se estabelecido como dever na alínea b) do artigo 84.º.


Quando nos referimos aos direitos das pessoas, estamos a considerar uma esfera ampla de direitos, em que se podem identificar diversas categorias. Como pano de fundo ou base ética de suporte, encontram-se os direitos humanos.



ARQUIVO OE

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 de Dezembro de 1948 pela Assembleia Geral da Nações Unidas, constitui um documento histórico para a protecção das pessoas no mundo. Inscrevendo os diversos direitos que os países conseguiram considerar por consenso, formaliza em texto escrito a definição de cada um. O ser humano passou assim a contar com um instrumento que pode ser utilizado para a regulação da sua vida em sociedade.

Em Portugal, a Declaração Universal foi ratificada apenas em 1978<sup>3</sup>, mas desde 1976 que constitui uma base interpretativa para os direitos consagrados na Constituição. De facto, o n.º 2 do artigo 16.º da Lei Fundamental, estabelece que «os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem». Assim, na dúvida sobre o alcance de um determinado direito, este é determinado com base na formulação dos direitos humanos.

Desta forma, quando reflectimos os direitos das pessoas, a partir dos deveres deontológicos do enfermeiro, devemos discutir a sua esfera de protecção, nos termos em que os direitos humanos correlacionados o fazem. Assim, podemos considerar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos constitui um fundamento ético essencial à Deontologia Profissional do enfermeiro em Portugal. 

<sup>3</sup> Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

## Qualidade dos serviços de saúde – uma perspectiva integradora<sup>1</sup>

Enf.º Alexandre Tomás

*Vogal do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE – Prelector em Durban*

Enf.º Rogério Gonçalves

*Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE*

O sistema de saúde português é baseado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) responsável pela garantia da prestação de cuidados de saúde a toda a população residente. Desde a sua criação, em 1979, o SNS centrou-se predominantemente na actividade hospitalar. Com o passar dos anos tem vindo a prestar mais atenção aos cuidados de saúde primários, promovendo a educação em saúde, a promoção de saúde e a prevenção da doença.

No actual panorama, o sistema está confrontado com pressões como: o envelhecimento da população, as novas necessidades dos cidadãos, as assimetrias de acesso aos cuidados de saúde, e os diferentes custos associados a níveis de tecnologias diferenciados. Os cidadãos são cada vez mais exigentes no que respeita às respostas dos serviços, dado que a Saúde é uma das maiores preocupações.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) precisa de dedicar uma atenção especial para garantir a observância do seu principal desígnio: «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.»

A perspectiva de um serviço de qualidade, especificamente nos serviços de saúde, é uma preocupação emergente nos sistemas de saúde, procurando satisfazer as necessidades dos cidadãos com a adopção de medidas de eficiência. Mas, para falar de qualidade é necessário recordar alguns elementos estruturais da sua evolução.

Um dos autores de referência foi Phil Crosby (1926-2001) para quem a qualidade era entendida como a «conformidade para com os requisitos». Neste contexto, tudo teria de ser realizado de acordo com uma referência anterior, a que correspondia o estabelecimento de requisitos para o resultado final. Este autor dedicou-se sobretudo a processos de produção. Assim, era possível determinar os elementos e características que todos os produtos tinham que apresentar no final do processo produtivo. Procurava-se um padrão baseado na ideia da produção atingir a meta dos «zero defeitos».

Já Edwards Deming (1900-1993) referia a valorização do cliente no processo produtivo e a ideia de «melhoria contínua» é central no seu trabalho. Afirmou que o consumidor é «a parte mais importante de toda a linha de produção».

Joseph Juran (1904-2008) acrescentou a ideia de adequação. A estrutura de produção interna poderia ser perfeita, mas seria inútil se o produto não fosse adequado à utilização esperada. Este introduziu também o conceito de gestão para a qualidade total.

A melhoria contínua de Deming relaciona quatro elementos de uma forma contínua. Neste âmbito existem quatro palavras-chave: planejar (analisar e decidir quais as acções prioritariamente introduzidas), fazer (implementação das acções seleccionadas), controlar (avaliar os resultados esperados) e actuar (ao longo de todo o processo de melhoria).

Juran define gestão da qualidade total como «uma abordagem de gestão para a organização centrada na qualidade e baseada na participação de todos os seus membros. O seu objectivo é o



ARQUIVO OE

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação em espanhol, que está disponível no site da OE.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

sucesso a longo prazo, mediante a satisfação dos seus consumidores, bem como alcançar benefícios para todos os membros da organização e para a sociedade.»

A gestão para a qualidade total exige a participação de todos os níveis hierárquicos, dos departamentos, trabalhadores e dos decisores. Exige também a satisfação dos clientes, dos trabalhadores e dos accionistas.

Estes princípios foram utilizados pela indústria produtiva. Mas para os serviços, e entre estes os de saúde, é necessário incorporar outros elementos complementares, uma vez que os processos relativos à produção e à prestação de serviços são diferentes, ainda que alguns elementos organizacionais sejam idênticos.

Uma reflexão relevante pode resultar da análise das dimensões de qualidade referidas por Avedis Donabedian (1919-2000). Para este investigador a qualidade pode ser analisada sob três perspectivas: técnica, interpessoal e ambiental.

Por «técnica» entende-se a aplicação do conhecimento específico na resolução dos problemas de saúde de um cliente (doente, utente, pessoa, cidadão), grupo ou comunidade. Nos últimos anos foi desenvolvida a implementação dos «padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem», que necessitam de ser aprofundados ao nível da monitorização de boas práticas e de resultados associados à prática de Enfermagem.

A componente «interpessoal» está ligada com a relação entre o prestador e o cliente. O nível de satisfação do cidadão relativamente à relação estabelecida com os profissionais de saúde é algo que preocupa todos os enfermeiros.

A perspectiva «ambiental», relacionada com as estruturas de conforto e bem-estar do cidadão. O modelo de qualidade de serviços de saúde (apresentado em 1985 por Parasuraman) apresenta o processo de determinação da qualidade por parte do cliente de um serviço de saúde. Neste sentido, antes de contactar com os serviços de saúde, o indivíduo vai criar uma expectativa através da comunicação interpessoal, das suas necessidades pes-

soais e também por via das experiências vividas anteriormente. Assim, a pessoa vai criando uma noção de «*serviço esperado*».


Os responsáveis de uma instituição prestadora de cuidados de saúde identificam as expectativas dos clientes e determinam as características e especificações que o serviço deve ter. O confronto entre a expectativa da pessoa a quem é «*prestado um serviço*» e o prestador de cuidados ocorre no momento em que o cidadão passa a ter elementos relativos ao serviço que lhe é proporcionado, o «*serviço percebido*». Assim, «a qualidade do serviço é determinada pela diferença entre as expectativas do cliente relativamente ao serviço e a avaliação que faz do serviço efectivamente percebido.»

Neste processo, torna-se imperioso saber quais os elementos do serviço prestado que o cliente reconhece para construir o serviço percebido, ou seja, os critérios de qualidade:

- *tangíveis*, (as instalações, o equipamento e a aparência dos profissionais);
- *confiança* (a prestação do serviço prometido ao cidadão);
- *capacidade de resposta e a responsabilidade* (a eficiência na resolução dos problemas de saúde);
- *garantia*, (conhecimento, educação e segurança dos profissionais);
- *empatia* (atenção individualizada).

Assim, reconhece-se que estes elementos estão relacionados com os que caracterizam a prática de Enfermagem mas nem sempre lhes atribuímos um valor real.

Confiança, capacidade de resposta ou responsabilidade, segurança e empatia, acolhimento, conforto e privacidade, relacionamento com os enfermeiros, resultados dos cuidados de Enfermagem prestados, formação e individualização dos cuidados, são efectivamente variáveis de qualidade muito importantes na perspectiva do cliente.

Se os enfermeiros aproximarem os de cuidados de Enfermagem à satisfação do cliente estarão a contribuir para «nações mais sãs». 

# Enfermeiros Estrangeiros em Portugal<sup>1</sup>

Enf.º António Manuel Silva

*Coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros – Prelector em Durban*

Enf.º Raul Fernandes

*Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros*

Inspirada pelo tema da Presidência Portuguesa da União Europeia, a Ordem dos Enfermeiros concebeu um inquérito com o intuito de ilustrar algumas das características profissionais e sociais dos enfermeiros estrangeiros que exercem a sua actividade em Portugal.

Aproveitamos a ocasião para informar que se quiserem saber mais sobre a saúde em Portugal podem consultar a monografia especialmente concebida para a ocasião e recomendar que consultem as conclusões da conferência «Saúde e Migrações na EU – Melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva», que podem ser acedidas a partir do *link*: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F8363923-B9BF-4CD2-A135-D756EDEA9379/0/ConferenceConclusions2892007\\_en.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F8363923-B9BF-4CD2-A135-D756EDEA9379/0/ConferenceConclusions2892007_en.pdf).

O questionário foi concebido a partir de uma revisão da literatura relevante e actual sobre o tema e submetido a um pré-teste para aferição de entendimento da linguagem utilizada. A recolha de dados foi realizada em Julho e Agosto de 2007 através do envio do inquérito, por correio postal, acompanhado de um envelope selado e endereçado para envio da resposta, para todos os enfermeiros nascidos fora de Portugal e registados na base de dados da Ordem dos Enfermeiros. Foram enviados 2135 inquéritos, tendo sido recebidas 290 respostas, das quais apenas 276 foram consideradas válidas (12%).

Entre 2000 e 2007 registou-se um aumento substancial do número de enfermeiros estrangeiros em Portugal. Esse aumento é particularmente marcado até 2003 mas, a partir de 2005, nota-se uma ligeira tendência de decréscimo que não sabemos se se irá manter nos próximos anos.

Entre os 2135 enfermeiros estrangeiros, as cinco nacionalidades mais representativas são: a Espanhola (1362), a Brasileira (197), a Angolana (73), a Francesa (71) e a Guineense (58). Já no que se refere à amostra do estudo a distribuição das respostas pelas cinco nacionalidades mais representativas foi a seguinte: Espanhola (113), Brasileira (34), Moldava (16), Alemã (15) e Ucraniana (12).

Considerando as variáveis género, idade e número de filhos, constata-se que dos 2135 enfermeiros estrangeiros apenas 507 são homens, que 75% se encontra na faixa etária 21-35 anos e que 55% não tem filhos. É de notar que os dados similares do Instituto Nacional de Estatística mostram que apenas 36% de todos os imigrantes em Portugal se encontram na mesma faixa etária e que uma maioria significativa é do sexo masculino.

Tendo como base de cálculo as datas de inscrição e suspensão / cancelamento na Ordem dos Enfermeiros, constatamos que a duração média da permanência dos enfermeiros estrangeiros em Portugal é de 29 meses, sendo o máximo de 107 e o mínimo um mês.

No que se refere à actividade profissional consta-se que aproximadamente metade dos enfermeiros estrangeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros exerce a sua actividade em ambiente hospitalar. Tomando como referência a amostra do estudo, constata-se que a cerca de 50% foi proporcionado até um mês de integração nos serviços e que a maioria não teve qualquer formação linguística em Português.

A intenção de retorno ao país de origem é manifestada por cerca de um terço dos enfermeiros da amostra, sendo que cerca de

<sup>1</sup> Este texto foi redigido com base na comunicação feita em inglês. A parte inicial da comunicação não é incluída neste texto pois trata-se da apresentação da Ordem dos Enfermeiros e da contextualização da sua actividade. A apresentação pode ser consultada no *site* da OE.

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO DE

36% estima em cerca de cinco anos o tempo máximo de permanência em Portugal. As razões de natureza familiar e patrióticas encabeçam os motivos mais citados para o retorno.

Já quando questionados sobre os motivos que os levaram a imigrar a existência de desemprego no país de origem e necessidade de aquisição de experiência profissional são os mais citados. Este facto é particularmente visível no caso espanhol, quando se analisam as respostas por País e Continente.

Aqueles que expressaram a vontade de permanecer em Portugal apontam a estabilidade profissional, a vontade de ficar e o país como principais razões.

Cerca de 60% dos enfermeiros inquiridos mencionam diferenças significativas na prática profissional, sendo tal mais evidente no caso dos enfermeiros oriundos de Espanha. O facto de cerca de um quarto dos inquiridos ter respondido de forma positiva quando questionado se já se sentiu discriminado por doentes ou outros profissionais de saúde é motivo de preocupação.

Considerando os dados recolhidos e analisados há alguns aspec-

tos que, não assumindo o estatuto de conclusões, merecem ser destacados:

- as dificuldades de linguagem são evidentes,
- existe um sentimento percebido de discriminação por parte dos enfermeiros estrangeiros, tanto por parte de doentes (tendo mesmo alguns recusado ser cuidados por eles) como por parte de colegas,
- o sistema de saúde Português parece menos atractivo, especialmente para os enfermeiros Espanhóis,
- e, finalmente, alguns enfermeiros estrangeiros sentiram dificuldades no reconhecimento das suas qualificações profissionais, no seu desenvolvimento profissional, na procura de habitação, empréstimo bancário e, mesmo, de cuidados de saúde.

Concluimos, citando um comentário de um dos enfermeiros inquiridos:

*«Espero realmente que este estudo seja capaz de reconhecer estas e muitas outras dificuldades encontradas pelos enfermeiros estrangeiros em Portugal e que a Ordem seja portanto um órgão facilitador da nossa inserção no mercado de trabalho, ao qual temos direito.»*

**3 de Julho**

## Identificação das necessidades em saúde da população

**Enf.º Alexandre Tomás***Vogal do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE – Prelector em Durban***Enf.º Rogério Gonçalves***Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE*

A identificação de necessidades em saúde da população tem por base a evolução dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e a integração das alterações no campo das necessidades.

A caracterização sistemática da população permite um planeamento correcto como suporte à definição de políticas de saúde. Conhecer as necessidades em saúde dos cidadãos assume uma importância vital para as organizações de saúde, uma vez que estas orientam as suas acções na procura de equilíbrio entre dois factores contrastantes recursos escassos e necessidade progressivamente crescentes.

Desta forma, a realização de um levantamento sobre as necessidades das populações acaba, assim, por ser um elemento fundamental tendo em vista a posterior distribuição dos recursos pelos diversos grupos da comunidade.

A estrutura do ciclo vital para a identificação de necessidade em saúde da população apresentada por Pickin C. & St Leger S., (1993) em «*Assessing Health Need Using The Life Cycle Framework*» inclui uma análise biológica, social, ambiental e cultural de todos os factores que influenciam as necessidades em saúde da população. De realçar que estas necessidades são consideradas de uma forma sistemática, coerente e integrada.

Este modelo, estrutura a população em função de variáveis como «idade» e «sexo», criando classes semelhantes face às problemáticas de saúde que decorrem, sobretudo, na estrutura de ciclo vital.



ARQUIVO OE

Depois de estratificada a população, procede-se à identificação dos factores de risco mais relevantes nessa população, face aos principais problemas de saúde existentes.

Estamos a avaliar as «medidas de estado de saúde», onde se inclui, a percepção da população face à sua saúde.

Concomitantemente, procede-se ao levantamento e caracterização dos «recursos em saúde existentes». Neste âmbito, os autores classificam os recursos, como sendo individuais, familiares e comunitários, não se circunscrevendo ao levantamento dos serviços de saúde existentes.

Caracterizada a população, e identificados os recursos existentes, o modelo apresenta um conjunto de orientações que permitirão maximizar ganhos em saúde, onde se destacam as áreas de




## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9



ARQUIVO DE

educação / promoção para a saúde, participação comunitária e desenvolvimento de políticas intersectoriais.

No Sistema de Saúde Português, assiste-se à implementação de processos promotores de maior participação comunitária, com a Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários. Além disso, também se verifica um incremento substantivo de políticas intersectoriais ao nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Neste sentido, é absolutamente central o papel desempenhado pelos enfermeiros na mudança de prioridades do sistema de saúde em busca de melhores respostas às necessidades em saúde das populações. 



ARQUIVO DE



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

# Instituições ligadas à Enfermagem apoiam participação de enfermeiros no Congresso

Texto de: Paula Domingos

Sendo duas instituições de vocações diferentes, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) são dois exemplos a destacar no apoio aos seus profissionais para que participem em eventos internacionais a fim de divulgar o trabalho que desenvolvem no seu dia-a-dia. A participação no Congresso do ICN é encarada como algo normal, a repetir em eventos futuros não só pela possibilidade de partilha de experiências profissionais e pessoais com os colegas de outros países, mas também como forma de internacionalizar o trabalho desenvolvido.

Em paralelo com a participação institucional da OE vários foram os enfermeiros que tiveram a possibilidade de participar no 24.º Congresso do ICN com o apoio das instituições em que estão inseridos. A ULSM e a ESEnC foram duas entidades que se destacaram neste âmbito. A ROE falou duas responsáveis destas instituições, a Enf.ª Margarida Filipe, Enfermeira Directora da ULSM, e a Professora Conceição Bento, Presidente da ESEnC sobre o apoio disponibilizado.

«O que me levou a incentivar os enfermeiros da ULSM foi a experiência de ter participado anteriormente noutros eventos do ICN e considerar tratar-se de algo muito relevante. Trata-se de uma experiência importante não só no que diz respeito ao desenvolvimento profissional, mas também devido ao contacto e intercâmbio com outros países.» Quem o explica é a Enf.ª Margarida Filipe.

Já a Professora Conceição Bento realça a internacionalização do ensino e da investigação como eixos estratégicos, sendo que «uma das formas de validação é garantir que os resultados de investigação apresentados pelos nossos investigadores são submetidos a comissões científicas de congressos científicos internacionais com avaliação por pares e recurso a uma metodologia cega; este é o caso do Congresso do ICN, cuja credibilidade é mundialmente reconhecida na nossa área académica».



ARQUIVO OE

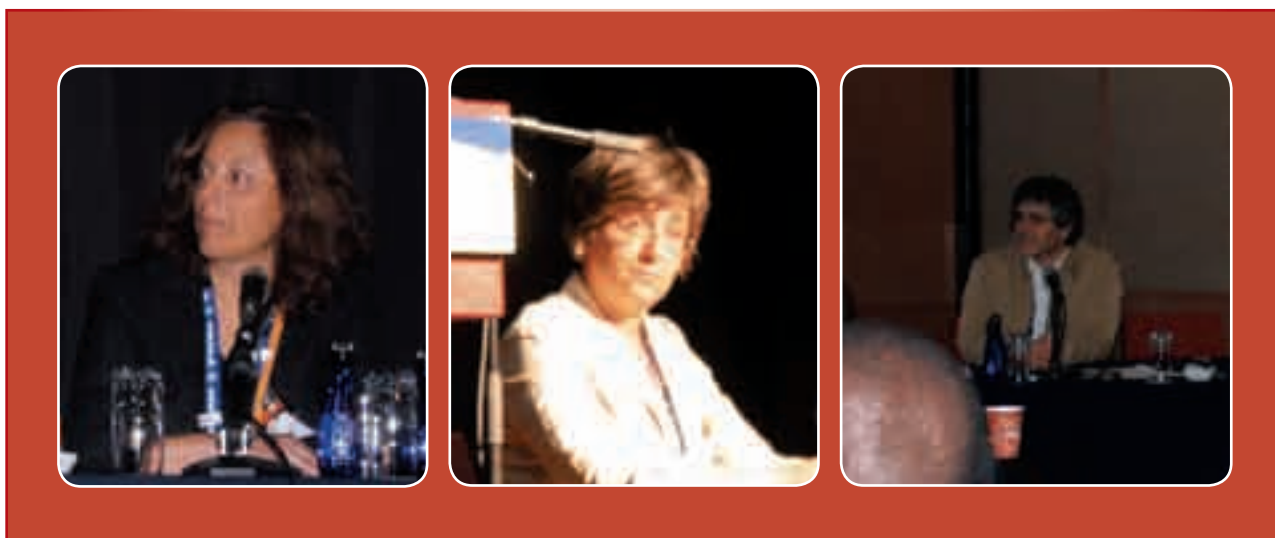
«Ao incentivarmos as pessoas a participar não só lhes estamos a dar uma motivação extra, por irem divulgar o seu trabalho, mas, em simultâneo, estamos a contribuir para a divulgação internacional da instituição», considera a responsável da ULSM. Enquanto a líder da ESEnC sublinha que se trata «sempre uma oportunidade insubstituível quer para a difusão do conhecimento, quer na possibilidade de aceder a informação sobre o que se está a fazer no mundo na área da Enfermagem, no entanto, eu diria que a maior das valias é a possibilidade de conhecer as pessoas que em cada lugar do mundo estão a contribuir para fazer acontecer a Enfermagem, ciência e profissão».

Enquanto a ULSM apoiou a participação de quatro enfermeiros no 24.º Congresso Quadrienal do ICN, a ESEnC custeou três, sendo que se trata, nas palavras quer da Enfermeira Directora, quer da Presidente do Conselho, de uma iniciativa a repetir. A Professora Conceição Bento lembra a participação em eventos deste cariz «é uma definição estratégica, validada em Conselho Geral da Escola.»

Por seu lado, a Enf.ª Margarida Filipe não tem dúvidas quando afirma: «estamos sempre disponíveis para colaborar com iniciativas deste âmbito, desde que os eventos sejam de reconhecido interesse e qualidade.»

## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

### Enfermeiros portugueses moderaram sessões durante o Congresso do ICN



ARQUIVO OE

Texto de: Paula Domingos


A participação da comitiva da Ordem dos Enfermeiros no 24.º Congresso Quadrienal do ICN foi além da apresentação de comunicações livres e de simpósios. Nove enfermeiros portugueses aceitaram o repto lançado pelo ICN e moderaram várias sessões paralelas do evento que decorreu no *International Convention Centre de Durban*.

Ao longo dos quatro dias em que se realizou o evento, os enfermeiros que integraram a comitiva da OE não só estiveram presentes nas sessões onde enfermeiros portugueses participavam activamente, como também tiveram a possibilidade de assistirem a comunicações de colegas estrangeiros de reconhecido interesse e tiveram a possibilidade de observar os cerca de 800 pósteres que diariamente eram afixados na exposição. Além disso, vários foram os enfermeiros lusos que moderaram sessões do congresso, em inglês e castelhano.

Os Enf.ºs Alexandre Tomás, António Manuel, Carmen Andrade, Cristina Mesquita, Isabel Silva, Manuel Oliveira, Paula Morgado,

Rogério Gonçalves e Salomé Matos foram os nove enfermeiros integrados na comitiva da OE que tiveram a oportunidade de dirigir os trabalhos de várias sessões paralelas.

«Esta experiência é muito importante, sobretudo no que respeita à gestão do tempo disponível para a apresentação, pois quando apresentamos "esquecemo-nos" do tempo e quando temos que controlar outros torna-se muito evidente que as apresentações – sobretudo a este nível – têm que ser "ensaiadas" e "cronometradas".» Quem o explica é o Enf.º António Manuel, coordenador do Gabinete de Relações Internacionais da OE.

De referir que não foi a primeira vez que elementos da comitiva da OE foram escolhidos pelo ICN para levar a cabo esta tarefa. Já em 2007, Yokohama, vários enfermeiros portugueses tinham experienciado a oportunidade de moderar sessões. Trata-se de uma experiência diferente, mas que acaba por trazer visibilidade à Enfermagem Portuguesa e contribui, à sua maneira, para elevar a imagem de Portugal e dos profissionais de Enfermagem do nosso país, junto dos congéneres de outros países. 

## Fundação Internacional Florence Nightingale

### Apoio de sucesso às jovens orfãs

Texto de: Paula Domingos

O 24.º Congresso Quadrienal do ICN ficou também marcado, como já vai sendo hábito, pela realização do almoço de beneficência em prol da Fundação Internacional Florence Nightingale (*Florence Nightingale International Foundation – FNIF*). O almoço que decorreu em Durban contou com uma participação muito especial: Nondunduzo Dlamini, uma jovem órfã, da Swazilândia, que conseguiu completar o ensino secundário graças ao apoio do Fundo Educacional Rapariga Urbana (*Girl Child Education Fund*) da FNIF.


Foi com emoção Nondunduzo, de 19 anos, se dirigiu a todos os presentes no evento: «No meu caso, o Fundo Educacional Rapariga Urbana veio salvar-me. Quando a minha mãe faleceu pensei que a minha vida tinha chegado ao fim. Ela era a única responsável pelo meu crescimento, incluindo a minha educação. Mas a existência do Fundo Educacional Rapariga Urbana veio tornar o meu futuro mais brilhante, uma vez que me permitiu concluir o ensino secundário. Quero também acrescentar que o Fundo me ajudou a alcançar os meus objectivos. Devido a problemas financeiros não pude candidatar-me este ano à universidade, porque o meu pai não tinha condições de o suportar financeiramente. Mas tenho esperança que para o ano estarei a estudar contabilidade.»

Até 2009, o Fundo Educacional já tinha apoiado 270 jovens de quatro países (Quénia, Swazilândia, Uganda e Zâmbia), sendo que actualmente existem projectos para estender a iniciativa a outros países do continente africano. O objectivo deste programa lançado em 2005 é apoiar jovens órfãs filhas de enfermeiros a concluir o ensino secundário.

Por parte da Ordem dos Enfermeiros participaram nesta iniciativa: a Enf.ª Maria Augusta Sousa, Bastonária da OE, os presidentes do Conselho de Enfermagem e Conselho Jurisdicional,

Enf.ª Lucília Nunes e Enf.º Sérgio Deodato, representantes das cinco Secções Regionais da OE e do Conselho Directivo.

De realçar que, o Fundo Educacional Rapariga Urbana é um projecto da FNIF financiado unicamente pelos donativos angariados. As jovens são escolhidas pelas associações nacionais de enfermeiros dos países envolvidos, que coordenam localmente o apoio disponibilizado. A fundação foi criada em 1912 com o objectivo de promover a formação em Enfermagem.

A reter das palavras da jovem Nondunduzo fica a mensagem que ela deixou aos presentes no almoço de beneficência: «A outras jovens gostaria de dizer que a educação é a chave para o sucesso e para o poder. Ao dar poder às meninas está-se a contribuir para o aumento do estatuto económico-social do seu país.» 



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

# C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

## Enfermagem mundial em Exposição

Texto de: Paula Domingos


Tal como já vem sendo hábito, em paralelo com o 24.º Congresso Quadrienal do *International Council of Nurses* (ICN) decorreu uma exposição que reuniu não só organizações de Enfermagem de todo o mundo filiadas no ICN, mas também estabelecimentos de ensino e organizações ligadas. Quarenta e sete foram as instituições de todos os cantos do mundo que participaram nesta iniciativa.

Muitas foram as pessoas que passaram pelo local, interagiram com as entidades que expuseram no recinto e tomaram contacto com os pósters apresentados pelos colegas. Mas não se pense que ao longo dos quatro dias de congresso, os visitantes puderam apenas passar os olhos pelos expositores. Pelo recinto passaram também os muitos pósteres de enfermeiros que foram seleccionados e várias foram as sessões relevantes que decorreram no espaço da exposição.

A inauguração oficial da exposição decorreu às 12h00 do dia 30 de Junho e contou com as presenças da então presidente do ICN, Enf.ª Hiroko Minami, do Director Executivo, Enf.º David Benton e do presidente da Organização Democrática de Enfermeiros Sul-Africana (*Democratic Nursing Organisation of South Africa – DENOSA*), Enf.º Ephraim Mafalo, que deram as boas-vindas não só aos expositores, mas também a todos aqueles que ao longo dos quatro dias em que iria decorrer o evento iriam passar pelo recinto.



Enf.ª Isabel Silva, representante da SRRAM junto do poster que apresentou em Durban

Os discursos de circunstância não decorreram sob a rigidez que é hábito nestas ocasiões, uma vez que foram agraciados pelo ritmo e cor de um grupo que percorria o recinto espalhando, ritmo, cor, música e animação aos preenchidos corredores da exposição. 





## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

# Avaliação da participação de enfermeiros portugueses no Congresso do ICN em Durban

Texto de: Paula Domingos

**Decorreu em Durban, na África do Sul, entre 30 de Junho e 3 de Julho a 24ª edição do Congresso do *International Council of Nurses* (ICN), que contou com a presença de uma comitiva oficial da Ordem dos Enfermeiros (OE). No primeiro congresso realizado em África é importante tomar contacto com a forma como o evento foi vivido por aqueles que integraram a comitiva oficial da OE.**

O Gabinete de Relações Internacionais (GRI) da OE distribuiu entre os 23 membros da delegação oficial um inquérito tendo em vista avaliar a participação neste fórum da Enfermagem mundial. É com base nas respostas recebidas que vamos realizar um balanço da presença no primeiro congresso do ICN realizado no continente Africano.

A maioria dos enfermeiros da delegação avaliou esta participação da OE como muito boa, sendo que responderam a este desafio lançado pelo GRI 78% do total dos participantes. De realçar que destes, 55% disseram ser a primeira vez que participavam numa actividade internacional da Ordem e 66% adiantaram ser a sua estreia em iniciativas promovidas pelo ICN.

A delegação da OE esteve presente no Conselho de Representantes Nacionais (CRN), no congresso do ICN – nas sessões plenárias e nas sessões paralelas, sendo que 55% do total dos enfermeiros que responderam ao inquérito apresentaram comunicações.

Quando questionados acerca dos aspectos mais positivos da sua participação as respostas foram muitas e variadas. Contudo, destacamos a importância dada à difusão da Enfermagem Portuguesa, ao fortalecimento do espírito de equipa, à possibilidade de estabelecer contactos internacionais mas, acima de tudo, à

possibilidade de contactar de perto com a Enfermagem internacional. Além disso, foram também salientados aspectos como a partilha de experiências, a possibilidade de conhecer tanto a realidade do CRN, como a de outros povos e culturas.

Apesar do balanço positivo, foram, todavia, apontados aspectos que poderão ser melhorados no futuro, como, por exemplo, o facto de se realizarem muitas sessões paralelas em simultâneo, o que impediu por vezes os participantes lusos de assistirem a apresentações que consideravam importantes ou dar o necessário apoio aos colegas portugueses que apresentavam os seus trabalhos. Outros dos problemas relatados foram a longa estadia na África do Sul, o pouco tempo de preparação prévia para a participação internacional, a falta de participação em algumas sessões, a intensidade com que se desenvolviam os trabalhos, entre outros.

A maioria dos membros da delegação sublinhou a boa organização da iniciativa levada a cabo pelo GRI (89% dos inquiridos). Além disso, foram também consideradas adequadas e bastante adequadas a informação recebida e a organização da OE em Durban. Os enfermeiros que avaliaram a participação individual e colectiva no congresso do ICN repartiram as suas opiniões entre o bom e o muito bom, além disso avaliaram de forma positiva a viagem da responsabilidade da agência de viagens Bravatour.

Quanto ao trabalho diário, 77% dos inquiridos admitiram a extrema relevância das reuniões diárias da comitiva, mas 44% destes realçaram que estas deveriam ser mais concisas. Sobre a iniciativa de abrir a participação nestas reuniões da delegação oficial OE a elementos exteriores à delegação oficial, 83% dos que responderam disseram concordar com essa decisão. Recordamos que para além dos membros da delegação oficial, muitos outros membros da OE participaram neste congresso.



## C N R E C O N G R E S S O D O I C N 2 0 0 9

A OE procurou também promover o país através da distribuição de camisolas de forma a procurar criar uma imagem identificadora do país no exterior. É de realçar que este esforço foi bem recebido pelos enfermeiros, uma vez que permitiu identificar os participantes portugueses e transmitir uma ideia de organização da sua participação no evento. Sobre este aspecto, várias foram as sugestões apontadas pelos enfermeiros que responderam ao questionário do GRI, houve mesmo quem sugerisse um maior investimento nos materiais de promoção do País e da Enfermagem Portuguesa.

Outro dos aspectos avaliados foi o concurso de comunicações livres promovido pela OE. A grande maioria dos enfermeiros consideraram tratar-se de uma iniciativa positiva, tendo sido sugerida uma maior divulgação desta iniciativa da OE e o alargamento do leque de prémios oferecidos. Recorde-se que o vencedor deste concurso foi integrado na comitiva da OE.

Uma vez que a OE decidiu não levar o seu *stand* institucional para a África do Sul, a análise da participação não poderia deixar de lado esta questão. Contudo, as opiniões a este respeito dividiram-se entre o frisar da importância da participação da OE ser reforçada com a presença na exposição paralela e aqueles que admitiram que esta questão tem de ser equacionada caso a caso.


Quando instados a sugerirem aspectos a melhorar em futuras participações internacionais as respostas foram variadas – registaram-se mais de 20 sugestões diferentes. Destas realçamos duas que mereceram 16% de destaque: melhorar o planeamento do trabalho desenvolvido pela comitiva da OE e apostar numa maior divulgação do evento em Portugal. São também identificadas a necessidade de definir uma grelha com a informação que cada participante deve recolher nas sessões em que participa para melhor a poder transmitir aos colegas e também a premência de se escalonar a distribuição dos participantes por sala em função das competências específicas de cada um.

Quanto às comunicações propriamente ditas, cerca de 89% dos que responderam ao inquérito disseram concordar com a obri-



gatoriedade de se utilizar nas apresentações a imagem institucional da OE, uma vez que desta forma se uniformiza os trabalhos apresentados e se dá relevância à instituição. Mas, quando instados a pronunciarem-se sobre a impossibilidade de os membros da delegação oficial apresentarem comunicações de iniciativa individual, aí as opiniões já divergiram. Apesar de 50% afirmarem concordar com esta decisão da OE, 33% disseram não estar de acordo e 16% frisaram que esta questão deve ser analisada casuisticamente.

Expostas as opiniões até aqui, não é com surpresa que se analisam os resultados das respostas sobre a participação global da delegação da OE. A totalidade dos participantes consideraram-na boa e muito boa. Quanto a outros comentários sugeridos pelos inquiridos o destaque vai para a felicitação à organização do GRI.

Do 24.º Congresso Quadrienal do ICN na África do Sul ficou a memória da organização do evento, da cor e alegrias típicas dos sul-africanos, a oportunidade para tomar contacto com a realidade da Enfermagem Internacional e da possibilidade de estreitar laços não só com os colegas de outros países, mas também com os colegas de todo o país que integraram a comitiva da OE. 



**Conferência e CNR do ICN**  
2 a 8 de Maio 2011 - Malta

**Os enfermeiros  
impulsionam  
o acesso,  
a qualidade  
e a saúde**



[www.icn2011.ch](http://www.icn2011.ch)

Entre 4 e 8 de Maio, o *Mediterranean Conference Centre*, em Malta irá receber a Conferência do ICN. A edição de 2011 será subordinada ao tema «Os enfermeiros impulsionam o acesso, a qualidade e a saúde».

Os principais objectivos desta iniciativa são:

- Contribuir para o progresso, para o aumento da cobertura e para a qualidade dos serviços de saúde;
- Demonstrar a contribuição da Enfermagem para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades;
- Providenciar oportunidades para uma profunda troca de experiências e perícia no seio e para além da comunidade internacional de enfermeiros.

De realçar que, segundo a organização do evento, está prevista a realização de 25 sessões plenárias e de mais de 700 simpósios, sessões paralelas e apresentações de *posters*. Só para a conferência de Maio, enfermeiros oriundos de 74 países submeteram mais de dois mil trabalhos, o que dá ideia da dimensão desta iniciativa.

Mais informações sobre o evento estão disponíveis no *site* da Ordem dos Enfermeiros em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) e no *site* do ICN em <http://www.icn2011.ch>

**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](mailto: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](mailto:sracores@ordemenfermeiros.pt) | **Secção Regional do Centro:** Av. Bissaya  
Barreto, 185 – 3000-076 Coimbra – Tel.: 239 487 810 / Fax: 239 487 819 – *E-mail:* [srcentro@ordemenfermeiros.pt](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:srsul@ordemenfermeiros.pt)

## Ficha técnica

### Propriedade:

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

**Director:** Maria Augusta Sousa

**Coordenador:** Júlio Branco

**Conselho editorial:** Carminda  
Morais, Élvio Jesus, Germano Couto,  
Helena Simões, Jacinto Oliveira,  
Manuel Oliveira, Margarida Rego  
Pereira, Rogério Gonçalves, Teresa  
Oliveira Marçal

**Edição:** Paula Domingos

**Colaboraram neste número:**

Alexandre Tomás, Ana Cristina  
Mesquita, António Manuel Silva,  
António Nabais, Célia Carvalho,  
Conceição Martins, Domingos  
Malato, Germano Couto, Graça  
Farelo, Guadalupe Simões, Inês  
Gonçalves, Júlio Branco, Júlio Gomes,  
Lisete Fradique Ribeiro, Lucília Nunes,  
Manuel Oliveira, Maria Augusta  
Sousa, Maria Isabel Soares, Nelson  
Guerra, Paula Botelho, Renato Pinto,  
Sérgio Deodato, Rogério Gonçalves,  
**Fotos:** Arquivo OE. Agradecemos a  
cedência de fotos pelos srs.  
enfermeiros Júlio Branco, Paula  
Franco e Rogério Gonçalves.

**Secretariado:** Tânia Graça  
Av. Almirante Gago Coutinho, 75  
– 1700-028 Lisboa

Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259  
*E-mail:* [revista@ordemenfermeiros.pt](mailto:revista@ordemenfermeiros.pt)  
[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

ISSN: 1646-2629

**Design Gráfico:** Pedro Gonçalves

**Paginação, Pré-impressão,**

**Impressão e Distribuição:**  
DPI Cromotipo, Rua Alexandre Braga,  
21 B – 1150-002 Lisboa

**Periodicidade:** Trimestral

**Tiragem:** 62 500 exemplares

**Distribuição gratuita aos membros**

**da Ordem dos Enfermeiros**  
Depósito legal n.º 153540/00



As afirmações e ideias expressas  
nos textos publicados na ROE são  
da inteira responsabilidade  
dos autores das mesmas.

# CONFERÊNCIA do ICN em MALTA

## PROGRAMA DA VIAGEM

A Geostar preparou dois itinerários relativos à participação na Conferência do ICN que irá decorrer em Malta em Maio de 2011

### ITINERÁRIO 1 (8 noites)

**30 Abril 2011** – Comparência no Aeroporto da Portela 2 horas antes da saída do voo. Formalidade de embarque e partida em direcção a Malta via uma cidade europeia. Transporte para o Hotel escolhido.

**01 Maio 2011** – Depois do pequeno-almoço no hotel início da visita à cidade de La Valleta, a capital do país, detentora de uma riqueza histórica indescritível. A visita inclui os Jardins de Barracca, a Catedral de S. João e o espectáculo multimédia «*Malta Experience*».

**02 a 7 de Maio 2011** – Pequeno-almoço no hotel. Dias livres com possibilidade de efectuar excursões facultativas.

**08 Maio 2011** – Pequeno-almoço no Hotel. Em hora a determinar localmente, transporte privativo para o aeroporto. Formalidades de embarque e partida com destino a Lisboa, via uma cidade europeia.

Hotéis propostos (**preço por pessoa em quarto duplo**):

#### THE PRELUNA HOTEL

Em Duplo . . . . .	€ 905,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 115,00

#### HOTEL THE GEORGE

Em Duplo . . . . .	€ 980,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 320,00

#### PHOENICIA HOTEL

Em Duplo . . . . .	€ 1.405,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 730,00

#### HOTEL GRAND HOTEL EXCELSIOR

Em Duplo . . . . .	€ 1.430,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 740,00

#### THE HILTON HOTEL

Em Duplo . . . . .	€ 1.605,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 750,00

**Preços incluem:** Passagem aérea em classe económica Porto ou Lisboa/Europa/Malta e volta, com direito a 20 kg de bagagem; Transporte do aeroporto ao hotel escolhido e vice-versa; Estadia de 8 noites no hotel seleccionado, em quartos com banho, em regime de alojamento e pequeno-almoço; Assistência pelos nossos representantes locais; Uma visita de meio-dia à cidade la Valleta; Iva, taxas hoteleiras, de turismo; Taxas de aeroporto, segurança e combustível (sujeitas a reconfirmação na altura da emissão).

### ITINERÁRIO 2 (5 noites)

**03 Maio 2011** – Comparência no Aeroporto da Portela 02 horas antes da saída do voo. Formalidade de embarque e partida em direcção a Malta via uma cidade europeia. Transporte para o Hotel.

**04 Maio 2011** – Depois do pequeno-almoço no hotel início da visita à cidade de La Valleta, a capital do país, detentora de uma riqueza histórica indescritível. A visita inclui os Jardins de Barracca, a Catedral de S. João e o espectáculo multimédia «*Malta Experience*».

**05 a 07 Maio 2011** – Pequeno-almoço no hotel. Dias livres com possibilidade de efectuar excursões facultativas.

**08 Maio 2011** – Pequeno-almoço no Hotel. Em hora a determinar localmente, transporte privativo para o aeroporto. Formalidades de embarque e partida com destino a Lisboa, via uma cidade europeia.

Hotéis propostos (**preço por pessoa em quarto duplo**):

#### THE PRELUNA HOTEL

Em Duplo . . . . .	€ 782,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 72,00

#### THE GEORGE

Em Duplo . . . . .	€ 830,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 205,00

#### PHOENICIA HOTEL

Em Duplo . . . . .	€ 1.093,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 458,00

#### GRAND HOTEL EXCELSIOR

Em Duplo . . . . .	€ 1.107,00
Suplemento em individual . . . . .	€ 472,00

#### HOTEL HILTON

Em Duplo . . . . .	€ 1.218,00
Em individual . . . . .	€ 472,00

**Preços incluem:** Passagem aérea em classe económica Porto ou Lisboa/Europa/Malta e volta, com direito a 20 kg de bagagem; Transporte do aeroporto ao hotel escolhido e vice-versa; Estadia de 5 noites no hotel seleccionado, em quartos com banho, em regime de alojamento e pequeno-almoço; Assistência pelos nossos representantes locais; Uma visita de meio-dia à cidade la Valleta; Iva, taxas hoteleiras, de turismo; Seguro de viagem. Taxas de aeroporto, segurança e combustível (sujeitas a reconfirmação na altura da emissão).

### EXCURSÕES E ACTIVIDADES EXTRA

Jantar em restaurante típico (Mínimo de 20 pessoas c/ transfer hotel- -restaurante-hotel)	Preço por pessoa	
	€ 65,00	
Excursão à Ilha de Gozo 1 dia completo	Preços por pessoa	
	5 a 10 pessoas:	€ 80,00
	11 a 25 pessoas:	€ 56,00
Excursão a «Mdina - Cidade do silêncio» Rabat & Mosta Meio-dia	Preços por pessoa	
	5 a 10 pessoas:	€ 42,00
	11 a 17 pessoas:	€ 31,00
	18 a 25 pessoas:	€ 26,00
Excursão das três cidades: Vittoriosa, Cospicua & Senglea Meio-dia	Preços por pessoa	
	5 a 10 pessoas:	€ 41,00
	11 a 17 pessoas:	€ 29,00
	18 a 25 pessoas:	€ 25,00
Excursão Monumentos Pré-históricos Meio dia	Preços por pessoa	
	5 a 10 pessoas:	€ 46,00
	11 a 17 pessoas:	€ 33,00
	18 a 25 pessoas:	€ 29,00

### FORMAS DE PAGAMENTO

#### Transferência bancária

Banco BPI - NIB 001 00000 7628 273 000 133 ou

Banco BCP - NIB 003 30000 0008 349 207 205.

O comprovativo da operação bancária deverá ser enviado para a RASO - Viagens e Turismo S.A., para o fax n.º 211 572 099, referindo o Nr. do processo indicado neste documento e os dados pessoais para contacto.

#### Cheque

Deverá ser emitido em nome de RASO - Viagens e Turismo S.A., e enviado para o seguinte endereço: Torre Oriente, Avenida do Colégio Militar, nº 37 F, 5º, 1500-081 Lisboa.

O Nr. do processo indicado neste documento deverá ser referido.

#### Cartão de crédito

Deverá enviar por Fax uma cópia do cartão de crédito (frente e verso) e uma cópia do B.I. (frente e verso), referindo o Nr. do processo indicado neste documento e os dados pessoais para contacto.

#### NOTA IMPORTANTE:

Preços sujeitos a disponibilidade de espaço nos hotéis e voos. Mais informações sobre os dois itinerários, bem como outras opções nos hotéis referidos no site da Ordem dos Enfermeiros.

Mais informações no site da OE em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)



