

Servir a comunidade e  
garantir qualidade:



**os enfermeiros na vanguarda  
dos cuidados na doença crónica**



**12 de Maio de 2010**

Dia Internacional do Enfermeiro

**DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2010**

**SERVIR A COMUNIDADE E GARANTIR  
QUALIDADE:**

**OS ENFERMEIROS NA VANGUARDA  
DOS CUIDADOS NA DOENÇA CRÓNICA**



## **Ficha Técnica**

Título: Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «*Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care*»

Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2010

Tradução: Dr.ª Hermínia Castro

Revisão: Enfermeiro António Manuel V. A. Silva

Capa: Conselho Internacional de Enfermeiros

Paginação e impressão: DPI Cromotipo

Depósito Legal: 310220/10

ISBN da versão Inglesa: 978-92-95094-00-0

ISBN da versão Portuguesa: 978-989-96021-9-9

Reservados todos os direitos, incluindo a tradução para outros idiomas.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sob a forma impressa, através de imagens ou de qualquer outra forma, guardada num sistema de armazenamento, transmitida de qualquer forma ou vendida sem a autorização expressa, por escrito, do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses, ICN*). Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

---

Copyright © 2009 pelo ICN *International Council of Nurses*,

3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

# **SERVIR A COMUNIDADE E GARANTIR QUALIDADE**

## **Índice**

<b>Carta do Presidente e Director-Geral Executivo do ICN</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 – O Desafio da Doença Crónica</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 2 – Implicações para o Desenvolvimento e para os Sistemas de Saúde</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 3 – Estratégias para a Redução de Riscos nas Doenças Crónicas</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo 4 – Gestão da Doença Crónica, Contributos e Competências da Enfermagem</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 5 – Inovações da Enfermagem nos Cuidados na Doença Crónica</b>	<b>47</b>
<b>Capítulo 6 – Papel das Associações Nacionais de Enfermeiros na Redução do Risco e Melhoria dos Cuidados na Doença Crónica</b>	<b>55</b>
<b>Capítulo 7 – Conclusão</b>	<b>61</b>
<b>Anexos</b>	
<b>Comunicado de Imprensa do ICN</b>	<b>65</b>
<b>Tomadas de Posição do ICN</b>	<b>69</b>
<b>Folhas Informativas do ICN</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>99</b>





Caros colegas,

Todos os países do mundo se encontram afectados pela maré crescente da doença crónica, bem como pela necessidade de acesso a cuidados apropriados e economicamente acessíveis para as pessoas com quadros crónicos. O potencial dos enfermeiros para contribuir para a melhoria da saúde das populações em todo o mundo através da atenção à prevenção e cuidados na doença crónica nunca foi tão grande.

A diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e o cancro são os maiores assassinos do mundo, estimando-se que causem 35 milhões de mortes por ano (WHO 2008a). Cerca de 80% destas mortes ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios. Estas doenças são preveníveis. Quando ocorrem, os cuidados e gestão efectivos desde as primeiras fases podem permitir às pessoas afectadas uma vida realizada e produtiva. A par destas doenças crónicas «convencionais», a mudança de ritmo e natureza de outras doenças, como o VIH / SIDA, significa que há um número crescente de pessoas em todos os países a necessitar de cuidados continuados na doença crónica.

Há uma necessidade urgente de os enfermeiros em todo o lado tomarem a iniciativa e envolverem-se com todas as partes da comunidade e todos os sectores para dar resposta à ameaça crescente colocada pelas doenças crónicas à Saúde e ao bem-estar globais.

Este documento fornece informações de fundo acerca da necessidade e exigência crescentes de cuidados na doença crónica, utilizando a diabetes de tipo 2 como exemplo. Desafia os enfermeiros e outros profissionais a compreenderem a enormidade do problema e a reconhecerem que com o saber, a coragem, a visão e o empenho, os enfermeiros estão bem colocados para desempenharem um papel principal.

**International  
Council of Nurses**

---

3 place Jean-Marceau  
CH-1201 Geneva • Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Com este conjunto do Dia Internacional do Enfermeiro (DIE), o *International Council of Nurses*, (ICN) está a apelar à acção dos enfermeiros de todo o mundo, no sentido de: liderarem a luta contra a doença crónica; agirem como exemplos saudáveis a seguir para as suas famílias, os seus doentes e as suas comunidades; e, através das suas associações nacionais de enfermeiros, envolverem-se com o ICN e os respectivos parceiros para defenderem a necessária mudança social, económica e política.

Com os melhores cumprimentos,

Rosemary Bryant

Presidente

David C Benton

Director-Geral Executivo

# CAPÍTULO 1

## O Desafio da Doença Crónica

---

O mundo está a enfrentar um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidade resultantes da doença crónica. As doenças crónicas foram tradicionalmente associadas ao mundo sub-desenvolvido e encaradas como doenças da riqueza, que afectavam sobretudo os idosos e os abastados, ao passo que a atenção e os recursos do mundo sub-desenvolvido se focavam sobretudo nas doenças transmissíveis. No entanto, as estatísticas mostram agora que 60% das mortes a nível global se devem agora à doença crónica e que 80% destas ocorrem em países de rendimentos baixos a intermédios (WHO 2008a). Cada vez mais pessoas em idade laboral são afectadas. Em cada país, em todos os níveis de rendimentos, a saúde e a doença seguem um gradiente social: quanto mais baixa a posição sócio-económica, maior o impacto na saúde (WHO 2008b). «O impacto, em rápido crescimento, destas doenças está a afectar desproporcionalmente as populações pobres e desfavorecidas, contribuindo para alargar o fosso entre e dentro dos países, em termos de Saúde» (WHO 2008a).

Há muitos motivos para o aumento da doença crónica e para os impactos desproporcionados nas pessoas mais pobres, sendo que a maioria dos quais não podem ser endereçados exclusivamente ao âmbito do sector da Saúde. No entanto, cabe a este sector liderar a luta contra a doença crónica e os enfermeiros podem dar um enorme contributo, não só na prevenção como também no cuidar de milhões de pessoas em todo o mundo que já estão afectadas.



## Definições

No contexto dos cuidados na doença crónica, há vários termos relacionados que são utilizados, por vezes de forma intercambiável, incluindo enfermidades crónicas, quadros crónicos<sup>1</sup>, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve doenças crónicas como sendo «doenças de duração prolongada e progressão lenta» e descreve os quadros crónicos como sendo «problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas» (WHO 2002). As doenças não transmissíveis foram definidas como doenças não tipicamente causadas por um agente infeccioso mas sim por susceptibilidade genética, estilos de vida ou exposições ambientais. O termo «quadros crónicos» é muitas vezes utilizado como um termo abrangente que inclui as doenças não transmissíveis (por exemplo diabetes, asma), doenças transmissíveis persistentes (por exemplo VIH / SIDA, tuberculose); perturbações mentais a longo prazo (como é o caso de depressão, esquizofrenia); e incapacidades físicas / estruturais continuadas (por exemplo cegueira, doenças de origem genética). (WHO 2002).

Neste documento será utilizado o termo «doença crónica», mas também serão utilizados outros termos, em particular ao citar diferentes autores. No entanto, independentemente dos termos utilizados, o mais importante é que os enfermeiros e outros profissionais compreendam a dimensão do problema e o desafio urgente que este coloca, e garantam que se actua para promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados e tratamento apropriados a quem deles necessita.

---

<sup>1</sup> NT – No original «*chronic conditions*». Esta designação repetir-se-á ao longo do documento.

## **A dimensão do problema**

A escala do problema é gigantesca. A diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e alguns tipos de cancro representam uma ameaça de relevo à saúde humana e ao desenvolvimento, sendo considerados os maiores «assassinos» do mundo.

### **FACTOS RELATIVOS À DIABETES (WHO 2009A)**

- A OMS estima que mais de 180 milhões de pessoas em todo o mundo tenham diabetes. É provável que este valor mais do que duplique até 2030.
- Em 2005, estima-se que 1,1 milhões de pessoas tenham morrido devido a diabetes.
- Quase 80% das mortes causadas por diabetes ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios.
- Quase metade das mortes causadas por diabetes ocorre em pessoas de idade inferior a 70 anos, 55% das mortes causadas por diabetes tem lugar nas mulheres.
- A OMS prevê que as mortes causadas por diabetes aumentem em mais de 50% nos próximos 10 anos, se não forem tomadas acções urgentes. Mais assinalavelmente, prevê-se que as mortes causadas por diabetes aumentem em mais de 80% nos países de rendimentos elevados-intermédios entre 2006 e 2015.

### **FACTOS RELATIVOS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (WHO 2009B)**

- As doenças cardiovasculares (DCV) são a causa de morte número um a nível global. Anualmente morrem mais pessoas devido a DCV do que a qualquer outra causa.
- Estima-se que tenham morrido 17,1 milhões de pessoas devido a DCV em 2004, representando 29% do total de mortes a nível global. Destas mortes, estima-se que 7,2 milhões tenham sido

devidas a doença cardíaca coronária e 5,7 milhões a acidentes vasculares cerebrais (AVC).

- Os países de rendimentos baixos e intermédios são afectados de forma desproporcional: 82% das mortes por DCV têm lugar em países de rendimentos baixos e intermédios e ocorrem quase indiferentemente em homens e mulheres.
- Até 2030, quase 23,6 milhões de pessoas irão morrer de DCV, sobretudo devido a doença cardíaca e AVC. Prevê-se que estas patologias continuem a destacar-se como principais causas de morte. O maior aumento percentual deverá ocorrer na Região do Mediterrâneo Oriental. Já o maior incremento no número de mortes deverá situar-se na Região do Sudeste Asiático.

#### FACTOS RELATIVOS AO CANCRO (WHO 2009C)

- O cancro é a principal causa de morte a nível mundial: é apontado como sendo o responsável por 7,4 milhões de mortes (cerca de 13% do total de mortes) em 2004.
- Os cancros do pulmão, do estômago, do fígado, do cólon e da mama foram as principais causas de morte por carcinoma todos os anos.
- Os tipos de cancro mais frequentes diferem entre homens e mulheres.
- Mais de 30% das mortes por cancro podem ser prevenidas.
- O tabagismo é destacadamente o factor de risco mais importante para o desenvolvimento de um cancro.
- O cancro surge de uma alteração numa única célula, podendo ser iniciada por agentes externos e por factores genéticos herdados.
- Prevê-se que as mortes devidas a cancro em todo o mundo continuem a aumentar, estimando-se 12 milhões de óbitos em 2030.

## FACTOS RELATIVOS A DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS (WHO 2009D)

- Centenas de milhões de pessoas sofrem todos os dias de doenças respiratórias crónicas.
- Presentemente, há 300 milhões de pessoas com asma.
- 210 milhões de pessoas têm doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), enquanto milhões têm rinite alérgica e outras doenças respiratórias frequentemente subdiagnosticadas.

Estas doenças são preveníveis. Até 80% dos casos de doença cardíaca, AVC e diabetes de tipo 2 e mais de um terço dos casos de cancro poderiam ser prevenidos, eliminando factores de risco partilhados, sobretudo o tabagismo, dietas pouco saudáveis, inactividade física e o uso nocivo de álcool. A menos que sejam modificados, o impacto de mortalidade e de doença devido a estes problemas continuará a aumentar.

A OMS prevê que, globalmente, as mortes por doenças não transmissíveis aumentem 17% ao longo dos próximos 10 anos. O maior aumento será observado na Região Africana (27%) e na Região do Mediterrâneo Oriental (25%). «O valor absoluto mais elevado de mortes irá ocorrer nas regiões do Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático» (WHO 2008a).

Um estudo citado recentemente indica que a esperança de vida nos EUA diminuiu pela primeira vez em 100 anos e que isso poderá ser atribuído à doença crónica resultante do tabagismo e da obesidade (Thorpe 2009). A prevalência da diabetes irá aumentar com o acesso melhorado à terapêutica anti-retroviral, que está associada a um aumento de quatro vezes no risco de diabetes. Nos Camarões, os dados basais sugerem que a prevalência de diabetes aumentou mais de dez vezes ao longo de uma década (Bischoff *et al* 2009).

## Quais são as causas?

O aumento nas doenças crónicas em todo o mundo deve-se a um leque alargado de factores ao nível global, nacional e local. Muitos estão relacionados com mudanças fundamentais a nível global e nas sociedades, incluindo a urbanização e a globalização económica; medidas políticas e sociais; e questões de injustiça social, bem como o envelhecimento populacional.

A rápida urbanização resulta numa ausência de instalações e serviços para os «pobres urbanos», que são essenciais para a boa saúde, incluindo o alojamento, infra-estruturas (incluindo estradas, água canalizada, serviços sanitários, esgotos e electricidade) e serviços básicos (incluindo a recolha de resíduos domésticos, cuidados de saúde primários, educação e serviços de saúde de emergência) (WHO 2002).

Os pobres rurais, incluindo os povos indígenas, sofrem de um progressivo sub-investimento nas infra-estruturas e serviços de apoio, com níveis desproporcionais de pobreza e más condições de vida. Estas desigualdades de saúde evitáveis surgem devido às circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas implementados para lidar com a enfermidade. O relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, argumenta que a justiça social é, de facto, uma questão de vida ou morte (WHO 2008b).

Associado a estas mudanças está um aumento na prevalência dos principais factores de risco modificáveis: tabagismo, má alimentação, falta de exercício físico, uso excessivo de álcool, práticas sexuais não seguras e *stress* psicossocial mal gerido. Estes dão origem a factores de risco intermédios, incluindo aumento da pressão arterial, aumento da glicemia, aumento do colesterol e obesidade, que levam a doença cardiovascular, AVC, alguns tipos de cancro, doença respiratória crónica e diabetes.

## Diabetes

Segundo a Federação Internacional da Diabetes (*International Diabetes Federation*, IDF), em 1985 estimava-se que 30 milhões de pessoas teriam diabetes em todo o mundo. Hoje em dia, há mais de 245 milhões de pessoas com diabetes, um aumento de mais de sete vezes em pouco mais de 20 anos. Se nada for feito para abrandar a epidemia, dentro de 20 anos o número de pessoas com diabetes atingirá os 380 milhões (IDFa).

«A diabetes é a principal causa de perda parcial da visão e de cegueira em adultos nos países desenvolvidos. É responsável pela maioria das amputações de membros que não são resultado de acidente. As pessoas com diabetes têm muito maior probabilidade de ter um ataque cardíaco ou um AVC. As pessoas com diabetes têm maior risco de desenvolver doença renal» (IDFa).

Na Austrália, o Centro Nacional para a Modelação Social e Económica (*National Centre for Social and Economic Modelling*) prevê que a prevalência da diabetes de tipo 2 quase duplicará nos próximos 40 anos, para 1,6 milhões de pessoas. Nessa altura, a doença custará 14 mil milhões de dólares australianos por ano. As previsões para as complicações resultantes da doença incluem: 270 mil operações de *bypass* coronário, mais de 250 mil AVC e mais de 750 mil queixas renais (*C3 Collaborating for Health 2009*).

## Factos e Números

- A diabetes afecta actualmente 246 milhões de pessoas em todo o mundo e prevê-se que venha a afectar 380 milhões até 2025.
- Em 2007, os cinco países com valores mais elevados de pessoas com diabetes eram: a Índia (40,9 milhões), a China (39,8 milhões), os Estados Unidos da América (19,2 milhões), a Rússia (9,6 milhões) e a Alemanha (7,4 milhões).
- Em 2007, os cinco países com maior prevalência de diabetes na população adulta eram: Nauru, uma pequena ilha da Micronésia, (30,7%), os Emirados Árabes Unidos (19,5%), a Arábia Saudita (16,7%), o Bahrain (15,2%) e o Kuwait (14,4%).
- Até 2025, os maiores aumentos na prevalência da diabetes terão lugar nos países em desenvolvimento.
- A cada ano, mais 7 milhões de pessoas desenvolverão diabetes.
- A cada ano, 3,8 milhões de mortes serão atribuíveis à diabetes. Um número ainda maior de pessoas morrerá de doença cardiovascular agravada por dislipidemias e hipertensão relacionadas com a diabetes.
- A cada 10 segundos, morre uma pessoa devido a causas relacionadas com a diabetes.
- A cada 10 segundos, duas pessoas desenvolvem diabetes.
- A diabetes é a quarta principal causa global de morte por doença.
- Pelo menos 50% do total de pessoas com diabetes não estão cientes de que têm a doença. Em alguns países, este valor poderá atingir os 80%.
- Até 80% dos casos de diabetes de tipo 2 são preveníveis através da adopção de uma alimentação saudável e aumento da actividade física.

- A diabetes é a maior causa de insuficiência renal nos países desenvolvidos e é responsável por avultados custos de diálise.
- A diabetes de tipo 2 tornou-se o problema de saúde mais frequente em pessoas com insuficiência renal nos países do Mundo Ocidental. A incidência registada varia entre os 30% e os 40% em países como a Alemanha e os EUA.
- 10% a 20% das pessoas com diabetes morrem de insuficiência renal.
- Estima-se que mais de 2,5 milhões de pessoas em todo o mundo estejam afectadas por retinopatia diabética.
- A retinopatia diabética é a principal causa de perda de visão nos adultos em idade activa (20 a 65 anos) nos países industrializados.
- Em média, nos países desenvolvidos, as pessoas com diabetes de tipo 2 irão morrer cinco a 10 anos antes das pessoas sem diabetes, sobretudo devido a doença cardiovascular.
- A doença cardiovascular é a principal causa de morte na diabetes, sendo responsável por cerca de 50% de todas as fatalidades devidas à diabetes e de muita incapacidade.
- As pessoas com diabetes de tipo 2 têm uma probabilidade duas vezes superior de ter um ataque cardíaco ou um AVC, em comparação com as pessoas que não a têm. Na verdade, as pessoas que não têm diabetes e já tiveram um ataque cardíaco têm a mesma probabilidade de sofrer um novo ataque cardíaco que as pessoas com diabetes de tipo (IDF 2001).
- A diabetes, a doença respiratória (em particular a asma), a doença cardiovascular e a imunossupressão aumentam o risco de doença grave e fatal devido a vírus como o H1N1, sobretudo nos grupos minoritários e populações indígenas (WHO 2009e).





## **CAPÍTULO 2**

### **Implicações para o Desenvolvimento e para os Sistemas de Saúde**

---

Este capítulo considera as implicações da prevalência crescente de quadros crónicos no desenvolvimento social e económico global com referência aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), pobreza, género sexual e sistemas de saúde. Os custos associados aos quadros crónicos são explorados, com referência específica à diabetes.

### **Desenvolvimento social e económico**

O desenvolvimento está normalmente associado a melhorias sustentáveis continuadas nas circunstâncias económicas e sociais dos países. Há quem argumente que, em resultado do desenvolvimento, são criadas oportunidades para a saúde, enquanto outros argumentam que é necessária uma população saudável para um desenvolvimento justo e sustentável. Este é um argumento importante no que toca à atribuição de recursos e levanta a questão de um país poder dar-se ao luxo de investir na saúde ou poder dar-se ao luxo de não o fazer. É claro que não há necessariamente uma relação clara entre a riqueza económica de um país e a saúde de toda a sua população. Há uma desigualdade crescente a nível interno nos países em todo o mundo, o que significa que as comparações tradicionais entre países não dão uma imagem completa, dado que as pessoas pobres nos países de rendimentos elevados podem ter oportunidades de saúde significativamente piores que as pessoas ricas nos países de rendimentos baixos. As doenças crónicas e os respectivos factores de risco estão intimamente relacionados com a pobreza e contribuem para a mesma, por conseguinte, devem

deixar de ser excluídas das discussões globais acerca do desenvolvimento (WHO 2008a).

As doenças crónicas impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e as comunidades atinjam o seu potencial e roubam às pessoas o seu futuro.

Ainda que seja difícil encontrar métodos apropriados para quantificar estes custos, os mesmos incluem o tempo perdido em casa, no ensino e no lazer, bem como o tempo perdido no local de trabalho, o que resulta em: qualidade de vida reduzida; níveis aumentados de pobreza para os indivíduos e as famílias; redução da produtividade e dos resultados económicos para as empresas e as economias nacionais; custos para o indivíduo ou para o Sistema de Saúde em termos de diagnóstico, cuidados e tratamento; e o custo das complicações muitas vezes preveníveis decorrentes da doença crónica.

Ao dar resposta ao desafio da doença crónica nos países é preciso ter em conta o contexto global do desenvolvimento social, económico e do sistema de saúde.

## **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio**

Muitos sugeriram que a ausência de metas específicas para dar resposta à doença crónica nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) foi uma oportunidade perdida e que o foco no VIH / SIDA, tuberculose e malária teve lugar à custa da doença crónica. Foi argumentado que, com o enfoque dado a estas doenças, a atenção e os recursos foram desviados da catástrofe iminente da doença crónica (WHO 2005, p70).

No entanto, outros argumentam que os ODM estão a lidar com as causas fundamentais da falta de saúde, por exemplo pobreza, desigualdade, ausência de educação, mortalidade materna, e que os esforços e recursos investidos no reforço dos sistemas de saúde para dar resposta às doenças transmissíveis tiveram um impacto positivo no cuidado e tratamento da doença crónica.

Qualquer que seja a posição tomada, os ODM representam um pacto entre os países ricos e os países pobres. Esta abordagem numa parceria focada pode ser utilizada para alargar a agenda da prevenção e controlo da doença crónica, sobretudo à medida que as doenças crónicas assumem uma importância igual à de outras causas da falta de saúde na perpetuação da pobreza. A questão não consiste em colocar o enfoque nos ODM ou na doença crónica, mas sim em encontrar sinergias para dar resposta a ambos, dado que estão inter-relacionados e têm de ser enfrentados como um pré-requisito essencial para o desenvolvimento social e económico e para a prevenção da exclusão social.

## **P**obreza

A relação entre a pobreza e os quadros crónicos é bidireccional: a pobreza causa a falta de saúde e a falta de saúde resulta em pobreza. Alguns dos factores identificados pela OMS (WHO 2002) incluem:

- As mães com deficiências nutricionais têm filhos que vêm a ter quadros crónicos na idade adulta, como diabetes, hipertensão e doença cardíaca.
- A pobreza e a falta de saúde durante a infância também estão associadas a quadros crónicos nos adultos, incluindo cancro, doença pulmonar, doença cardiovascular e artrite.
- Os idosos pobres nos países desenvolvidos e em desenvolvimento muitas vezes têm falta de saúde e um acesso insatisfatório a cuidados.
- Os ambientes de trabalho dos pobres tendem a ser fisicamente mais exigentes e a colocar os indivíduos em risco de lesão e de exposição a substâncias nocivas. O risco de exposição a substâncias químicas e à poluição, sobretudo nos países em desenvolvimento, foi relacionado com as taxas locais de prevalência de cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias.

- As pessoas pobres muitas vezes não têm acesso a cuidados de saúde ou a medidas preventivas, o que resulta em piores resultados de saúde e na exacerbação dos quadros crónicos.
- Os quadros crónicos foram relacionados com a incapacidade laboral, reforma precoce e produtividade reduzida resultante em perda de emprego.
- As despesas de tratamento para os quadros crónicos podem ser exorbitantes, sobretudo quando esses quadros não são bem tratados inicialmente ou as complicações não são prevenidas.
- As pessoas com quadros crónicos encontram-se em risco de marginalização e estigmatização nas suas comunidades, que podem resultar em limitações adicionais nas oportunidades de ensino e de emprego. Além do mais, a estigmatização e a negligência foram associadas à exacerbação dos problemas crónicos. As mulheres com quadros crónicos encontram-se em risco ainda maior de sofrer danos a nível educativo, financeiro e físico.

## **D**esigualdade dos géneros

A desigualdade social, pobreza e acesso desigual aos recursos, incluindo aos cuidados de saúde, resultam num elevado impacto das doenças crónicas nas mulheres de todo o mundo, sobretudo para as mulheres pobres.

- As mulheres tendem a viver mais tempo com doenças crónicas do que os homens, ainda que frequentemente estejam em pior estado de saúde.
- Os custos associados aos cuidados de saúde, incluindo as taxas moderadoras, são um obstáculo ao uso dos serviços por parte das mulheres, dado que o seu rendimento é inferior ao dos homens e têm um menor controlo sobre os recursos do lar.
- A carga laboral das mulheres em casa e nos seus papéis de prestação de cuidados, quando outros membros da família se

encontram doentes, também são factores significativos no atraso de decisões relativas à procura de tratamento.

- Nas áreas onde as mulheres têm uma mobilidade limitada, podem não ser capazes de se deslocar até aos centros de saúde (WHO 2005, p65).

## **Sistemas de saúde**

O aumento da doença crónica implica um impacto crescente e coloca exigências novas e diferentes a todos os sistemas de saúde do mundo. Todos os elementos dos sistemas de saúde são afectados – prestação de serviços, força de trabalho da saúde, sistemas de informação, medicamentos, vacinas, tecnologias, financiamento, liderança e governação. Apesar dos compromissos declarados para com os cuidados de saúde primários, a maioria dos sistemas de saúde ainda tem de mudar o foco dos cuidados episódicos agudos para os cuidados na doença crónica. Isto é debatido em maior detalhe no Capítulo 4, com referência aos diferentes modelos de cuidados na doença crónica.

O Plano de Acção da OMS 2008 - 2013 em termos de Estratégia Global para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis (WHO 2008a), oferece linhas de orientação para os países quanto à reorientação e reforço dos sistemas de saúde. Os enfermeiros podem utilizar estas linhas de orientação para dar uma contribuição ao nível nacional e local. Passam por: garantir a implementação de políticas apropriadas; de recursos humanos com formação; o acesso adequado aos medicamentos essenciais e às tecnologias básicas; normas para os cuidados de saúde primários; mecanismos de referenciação que funcionem bem; uso de normas de orientação baseadas na evidência para os quadros frequentes como as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas.

Os enfermeiros poderão também dar o seu contributo: nas abordagens custo-efectivas para a detecção precoce do cancro da mama e do colo do útero, diabetes, hipertensão e outros factores de risco

cardiovascular; na melhoria da formação dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, e em programas de formação contínua; no apoio a pessoas com doenças que não são de declaração obrigatória tratem melhor os seus próprios quadros clínicos (por ex., educação, incentivos e instrumentos para a auto-gestão e cuidado); e nos mecanismos para o financiamento sustentável da saúde de modo a reduzir desigualdades no acesso aos cuidados.

## Custos da doença crónica

Ainda que haja uma forte evidência epidemiológica que demonstre o impacto crescente da doença crónica, há uma ausência de evidência convincente do impacto económico da doença crónica. Os custos da doença crónica não se confinam aos custos médicos directos das operações e dos tratamentos farmacológicos. Há ainda custos indirectos significativos, incluindo a menor produtividade económica quando os trabalhadores ficam doentes e incapacitados, a reforma prematura e os custos dos diversos mecanismos de *adaptação* – uso de poupanças e investimentos, venda de bens domésticos ou retirada de crianças da escola para cuidar de um membro da família que esteja doente. Estes custos da doença crónica – para os indivíduos e as famílias, para as comunidades, os empregadores e as economias – estão a aumentar rapidamente (OXHA 2009a). Além disso, há custos humanos inquantificáveis relacionados com a dor, sofrimento e luto.

É difícil obter valores abrangentes e concordantes porque são utilizados métodos e abordagens diferentes para descrever e calcular custos e os resultados são sujeitos a um vasto leque de interpretações. As três principais formas de estimar os custos são:

- o método de contabilização do custo da enfermidade;
- os modelos de crescimento económico, que estimam o impacto das doenças crónicas no rendimento nacional através de variáveis como a oferta de mão-de-obra e as poupanças;

- o método do rendimento completo, que procura medir as perdas de bem-estar associadas à falta de saúde em termos monetários (WHO 2005, p75).

As estimativas da abordagem de crescimento económico dão as estimativas mais baixas, a abordagem do rendimento completo dá as estimativas mais elevadas, situando-se as estimativas do custo da enfermidade entre estas duas.

Utilizando a abordagem do custo da enfermidade nos Estados Unidos da América, a estimativa dos custos totais de cuidados de saúde resultantes da doença cardíaca aumentaram de 298,2 mil milhões de dólares em 2000, para 329,2 mil milhões de dólares em 2001 e 351,8 mil milhões de dólares em 2002 (WHO 2005, p75).

Na Austrália, estima-se que o AVC seja responsável por cerca de 2% dos custos totais atribuíveis à prestação directa de cuidados de saúde (WHO 2005, p76).

Um estudo norueguês estimou que haveria uma poupança de 188 milhões de dólares, ao longo de 25 anos, ao nível da doença cardíaca e AVC, devido à redução da pressão arterial da população em 2 mmHg com a redução na ingestão de sal (WHO 2005, p77).

Um estudo canadiano estima que uma redução de 10% na inactividade física das pessoas poderia reduzir as despesas com a prestação directa de cuidados de saúde em 150 milhões de dólares canadianos (cerca de 124 milhões de dólares americanos) num ano (WHO 2005, p77).

A OMS estima que a China perderá 558 mil milhões de dólares em rendimento nacional (não produzido) devido apenas à doença cardíaca, AVC e diabetes entre 2006 - 2015 (WHO 2009a).

Num encontro da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2008 foi relatado que:

- As perdas de produtividade associadas aos riscos de falta de saúde representam 400% do custo do tratamento da doença crónica;



- Nos EUA, as pessoas com doença crónica são responsáveis por mais de 75% dos 2 biliões de dólares de gastos médicos do país;
- À medida que aumenta o impacto económico da doença crónica, isso pode pressionar os recursos financeiros necessários para melhorar outras questões críticas e ir ao encontro de necessidades básicas, como a educação e as infra-estruturas, quer nas economias industrializadas quer nas emergentes;
- Nos países da OCDE, apenas 3% dos gastos com a saúde vão para a prevenção (*PriceWaterhouseCoopers LLP 2008*).

Nos Estados Unidos da América, os custos directos e indirectos do tabagismo são superiores a 75 mil milhões de dólares e os da diabetes são superiores a 130 mil milhões de dólares por ano (OXHA 2009a).

A diabetes causou cerca de 3,8 milhões de mortes em todo o mundo em 2007, cerca de 6% da mortalidade global total, um valor aproximadamente equivalente ao do VIH / SIDA. Utilizando os valores da OMS para os anos de vida perdidos por pessoa que morre de diabetes, isto traduz-se em mais de 25 milhões de anos de vida perdidos por ano. A Federação Internacional da Diabetes (IDF) estima que se percam o equivalente a 23 milhões de anos de vida adicionais para a incapacidade e a qualidade de vida reduzida causadas pelas complicações preveníveis da diabetes. As pessoas com diabetes enfrentam um risco elevado de morte prematura, sobretudo nos países onde os indivíduos e as famílias têm de cobrir os custos do seu próprio cuidado e tratamento.

## **Disparidades entre o mundo desenvolvido e o mundo em desenvolvimento**

Mais de 80% da despesa com cuidados médicos na diabetes é efectuada nos países mais ricos do mundo. Menos de 20% dessa despesa

é efectuada nos países de rendimentos intermédios a baixos, onde em breve viverão 80% das pessoas com diabetes.

Nos EUA habita cerca de 8% da população mundial com diabetes, país onde se gasta mais de 50% do total da despesa global para o cuidado com a diabetes. Já a Europa é responsável por outro 1/4 da despesa no cuidado com a diabetes. Os restantes países industrializados, como a Austrália e o Japão, são responsáveis pela maioria da restante despesa. Nos países mais pobres do mundo, não se gasta o suficiente para providenciar sequer os medicamentos menos dispendiosos para a diabetes, que salvam vidas.

## **Aumento drástico no custo dos cuidados médicos com a diabetes**

A diabetes é dispendiosa mesmo antes de ser diagnosticada, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento. Os custos são muito mais elevados do que precisam de ser, porque não se investe dinheiro suficiente na prevenção de complicações dispendiosas, como a doença cardíaca, AVC, doença renal e amputações. O custo de tratar uma pessoa com diabetes que tem doença renal terminal é 3 a 4 vezes superior aos custos para uma pessoa sem complicações. Em 2007, estimava-se que o mundo gastava pelo menos 232 mil milhões de dólares para tratar e prevenir a diabetes e as respectivas complicações. Até 2025, é provável que este valor ultrapasse os 302,5 mil milhões de dólares (IDFb).



## CAPÍTULO 3

### Estratégias para a Redução de Riscos nas Doenças Crónicas

---

Este capítulo tem como enfoque a prevenção da doença crónica. É dirigido a alguns dos factores de risco comportamental e biológico que aumentam a probabilidade de desenvolver as doenças crónicas mais frequentes, ou seja, a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e alguns tipos de cancro, e destaca um leque de intervenções para reduzir ou gerir estes riscos.

#### **Prevenção da doença crónica**

Dado que as causas subjacentes muitas vezes residem fora do sector da saúde, as estratégias dirigidas à prevenção da doença crónica necessitam do envolvimento de outros sectores, como a agricultura, finanças, comércio, transportes, planeamento urbano e desporto. É necessário analisar e alinhar as políticas de todos estes sectores para garantir os melhores resultados de saúde possíveis.

#### **Reduzir os factores de risco**

Até 80% dos casos de doença cardíaca, AVC e diabetes de tipo 2, e mais de 1/3 dos casos de cancro poderiam ser prevenidos através da eliminação ou gestão dos factores de risco. São eles: o tabagismo, a alimentação pouco saudável, a inactividade física e o uso nocivo de álcool. Os factores de risco biológico associados incluem aumento da pressão arterial, aumento do colesterol, aumento da glicemia e excesso de peso / obesidade.

Os dados da *Oxford Health Alliance* (OXHA 2006) sugerem que, nos países desenvolvidos, os factores de risco se concentram sobretudo nos pobres, enquanto nos países em desenvolvimento o grupo sócio-económico varia segundo os diferentes factores de risco. Por exemplo, na maioria dos países de baixos rendimentos, o tabagismo está concentrado nos pobres. No que respeita à obesidade, os hábitos pouco saudáveis tendem a começar com os ricos e a propagar-se aos pobres, a nível interno em cada país.

Ainda que os dados para a diabetes sugiram uma predominância entre os ricos quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, isso poderá reflectir o facto de as pessoas mais pobres poderem não procurar um diagnóstico. O panorama é mais misto para outros indicadores, como a actividade física e a angina.

As estratégias para a redução dos factores de risco devem passar por promover uma abordagem colaborativa, tendo como alvo uma maior consciencialização, proporcionar e incentivar escolhas saudáveis realistas e economicamente acessíveis, e fazer das escolhas saudáveis escolhas fáceis.

## **Intervenções**

As intervenções para dar resposta aos factores de risco incluem a prevenção primária e secundária. As intervenções ao nível da prevenção primária são efectuadas antes de qualquer diagnóstico de doença e podem ser efectuadas no âmbito do indivíduo, da comunidade ou da população. A prevenção secundária inclui o rastreio clínico, como por exemplo, a monitorização da pressão arterial e análise dos valores de colesterol, bem como o uso de fármacos como aspirina, estatinas, beta bloqueantes e inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (ECA), para as pessoas em risco elevado ou que já desenvolveram doenças crónicas.

## **Ao nível individual**

As pessoas decidem participar em diversas actividades promotoras da saúde em diferentes alturas da vida e por muitos motivos, incluindo ter melhor aspecto, sentir-se melhor ou manter a saúde. A sua intenção nem sempre é a de prevenir a doença crónica, mas as seguintes actividades reduzem o risco de desenvolver doenças crónicas frequentes:

- parar de fumar, utilizando terapêutica de substituição de nicotina se necessário;
- optar por uma ingestão responsável de álcool, não ultrapassando os níveis máximos recomendados;
- fazer exercício regular, consistindo pelo menos no equivalente a 30 minutos de marcha vigorosa três vezes por semana;
- manter o peso e o índice de massa corporal (IMC) apropriados e comer pelo menos cinco doses de fruta e vegetais frescos por dia, reduzindo a ingestão de sal e mudando para gorduras insaturadas.

Mesmo as pessoas que têm a oportunidade, recursos e motivação para reduzir o respectivo risco de doença crónica, a manutenção destas actividades até estarem inteiramente incorporadas na vida quotidiana pode constituir um desafio. Os enfermeiros podem liderar pelo exemplo e incentivar a família e os amigos a juntarem-se-lhes na adopção de estilos de vida saudáveis.

## **Ao nível da comunidade**

Para que as intervenções ao nível da comunidade tenham sucesso, há vários factores que são importantes, incluindo a participação da comunidade, decisões políticas locais de apoio, acção intersectorial e colaboração com organizações não governamentais, indústria e o sector privado. As escolas e locais de trabalho saudáveis, por exemplo,

podem ter um impacto da maior importância na saúde das crianças, famílias e funcionários, e resultar num entusiasmo e participação acrescidos e em produtividade melhorada.

Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante no apoio a estas iniciativas, liderando campanhas de educação e informação, garantindo que as mensagens de saúde são claras e consistentes e influenciando as políticas relacionadas com o acesso a alimentos saudáveis nos edifícios da escola e do local de trabalho. Dispõem de autoridade para: facultar o acesso a serviços de saúde, como o aconselhamento nutricional ou rastreio da pressão arterial; incentivar a criação de ambientes saudáveis e disponibilizar instalações para a actividade física; e criar um ambiente no qual as escolhas saudáveis sejam escolhas fáceis.

Intervenções Comunitárias para a Saúde (*Community Interventions for Health*) (OXHA 2009b) é um programa global de investigação dirigido à criação de ambientes e políticas que reduzam a exposição ao tabagismo, a uma alimentação pouco saudável e à falta de actividade física. As intervenções incluem o estabelecimento de parcerias com a comunidade, educação para a saúde, intervenções estruturais, e estratégias de *marketing* social. O programa está a ser introduzido em comunidades de alto risco nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo a China, Índia, México, Tunísia, Israel, Reino Unido e EUA. As intervenções são centradas nas comunidades, escolas, locais de trabalho e instituições de saúde. Prevê-se que o programa proporcione:

- Um guia das melhores práticas de orientação para dar resposta aos factores de risco da doença crónica;
- Uma base de dados internacional abrangente dos processos de intervenção e respectivos resultados;
- Artigos de investigação para fazer avançar a área da redução de factores de risco e prevenção da doença crónica.

Os índios norte-americanos têm sido desproporcionalmente afectados pela epidemia da diabetes de tipo 2, com algumas das taxas mais

elevadas do mundo. Os Índios *Pima* do Arizona registaram uma prevalência de 50% nos adultos, a mais elevada alguma vez documentada. A dieta nativa e a falta de exercício são factores de risco significativos. Um programa de intervenção que envolveu a maioria dos membros de duas comunidades e múltiplas instituições mostrou ser culturalmente aceitável e pertinente, estando a ser realizado trabalho adicional (Rosecrans *et al.* 2008).

## **Ao nível da sociedade**

As mudanças ao nível da sociedade incluem, entre outras coisas, alterações das políticas relacionadas com os impostos, por exemplo, sobre o tabaco e o álcool; legislação relativa ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas; alterações das políticas relacionadas com a rotulagem de alimentos, *marketing* e fabrico dos produtos. As mudanças nos processos industriais para reduzir componentes pouco saudáveis dos alimentos – como a quantidade de gordura ou sal nos alimentos processados – podem ter um impacto substancial na alimentação das pessoas.

Na Índia encontram-se quase 1/3 dos 3 milhões de mortes que se estima estarem relacionadas com o tabaco no mundo (por ano) e tem havido um aumento das lesões pré-cancerosas na boca. Os médicos estão convencidos serem causadas por mascar tabaco. Essa prática tem sido socialmente aceitável e é cada vez mais popular em toda a Índia, sobretudo entre os jovens. Alguns tipos de tabaco mascável ou sem fumo foram particularmente publicitados e utilizados por crianças com apenas 6 ou 7 anos na última década (Joshi 2006). O cancro da boca tem um período de incubação de dez anos, pelo que se teme que, dentro de alguns anos, a Índia venha a ser atingida por um enorme surto de cancro da boca.

Entretanto, o Estado de Goa aprovou algumas das leis anti-tabaco mais rígidas do mundo. A Lei de Proibição de Fumar e Cuspir impede o fumo e cuspir tabaco mascado nos locais públicos de trabalho ou o uso do mesmo, incluindo nas paragens de autocarro, praias e



transportes públicos. Bane toda a publicidade ao tabaco e a venda de produtos com tabaco num raio de 100 metros das escolas ou locais de culto (BBC *Worldservice*).

## Questões

Dar resposta aos factores de risco para a doença crónica levanta muitas questões, incluindo o custo-efectividade, diferenças culturais, acesso à informação e tomada de decisão informada.

Os custos e o impacto de muitas intervenções para a redução do risco são mais fáceis de medir ao nível individual do que ao nível da comunidade e da sociedade. Há investigações a decorrer, por exemplo, para determinar o custo-efectividade relativo à prevenção primária geral, por oposição a ter como alvo as populações de alto risco.

Há variações culturais relacionadas com os comportamentos de procura de saúde e a escolha e responsabilidade individuais no que respeita à promoção, manutenção e gestão da saúde. Há também diferenças significativas nas relações entre as pessoas e os profissionais de saúde, sobretudo em termos da partilha de informação e da tomada de decisão.

O acesso e uso de informação exacta, pertinente e objectiva é importante a todos os níveis, do indivíduo ao profissional de saúde e aos decisores políticos. Nos países em desenvolvimento, a consciencialização acerca das consequências para a saúde relativamente ao tabagismo, álcool, dieta pobre e inactividade física é baixa. Aí há um argumento óbvio para a disponibilização de mais informação. A iniciativa da «Informação de Saúde para Todos» até 2015, da qual o ICN faz parte, pretende garantir que todas as pessoas tenham acesso a um prestador de cuidados de saúde informado (PCSI). Um exemplo das vantagens da informação é a redução súbita e sustentada do tabagismo que ocorreu nos Estados Unidos após a publicação do *Surgeon General's Report* sobre os riscos para a saúde do consumo de tabaco em 1964.

No entanto, a questão da informação nem sempre é tão simples como parece. Foram precisas décadas para que se compreendessem, de forma geral, pelo público, os efeitos para a saúde decorrentes do tabagismo, pelo que poderá não estar ainda disponível toda a informação necessária. Alguns grupos, incluindo as crianças, podem não ter as aptidões ou a capacidade de interpretar ou compreender a informação, motivo pelo qual o *marketing* de alimentos e bebidas para crianças é uma questão contenciosa. Entre os adultos, poderá haver cepticismo ou falta de confiança na informação facultada pela indústria, pelos Governos e por outras partes interessadas.

Além disso, conhecer a opção saudável é uma coisa, escolhê-la já é algo bastante diferente. As pessoas nem sempre se comportam de forma racional e correr riscos faz parte do comportamento humano normal. Mesmo as pessoas bem informadas comem alimentos pouco saudáveis, fumam e ingerem demasiado álcool. Portanto, ainda que facultar informação e melhorar a consciencialização seja um passo essencial, poderá não ser o suficiente, por si só, para mudar comportamentos ou práticas. É necessário transmitir e reforçar regularmente e de várias formas as mensagens relacionadas com a saúde no sentido de informar e educar a totalidade das populações.

O apoio psicossocial, motivacional e comportamental, por ex. estabelecer metas e resolução de problemas, desempenha um papel importante para conseguir mudanças sustentáveis do estilo de vida e prevenir a doença crónica (Fekete *et al.* 2007; Whitemore *et al.* 2009; Lindstrom *et al.* 2008). Dado que se estima que até 80% dos casos de doença crónica possam ser prevenidos, os enfermeiros encontram-se bem posicionados para dar um contributo significativo a nível global para a prevenção da doença crónica.

## **P**revenção da diabetes de tipo 2

A prevenção primária identifica e protege os indivíduos em risco de desenvolver diabetes de tipo 2, reduzindo quer a necessidade de cuidados relacionados com a diabetes quer a necessidade de tratar

complicações relacionadas com a doença. As alterações no estilo de vida dirigidas ao controlo do peso e ao aumento da actividade física são objectivos importantes na prevenção desta patologia.

A prevenção secundária envolve a detecção precoce e a prevenção de complicações, reduzindo assim a necessidade de tratamento. As acções tomadas numa fase precoce do curso da diabetes são mais benéficas em termos da qualidade de vida e são mais custo-efectivas, sobretudo se conseguirem prevenir a hospitalização. Há agora evidências conclusivas em como o controlo efectivo dos níveis de glicose pode reduzir substancialmente o risco de desenvolver complicações e retardar a progressão destas em todos os tipos de diabetes. O controlo da pressão arterial elevada e dos níveis elevados de lípidos (gorduras) no sangue é igualmente importante (IDFc). Um estudo recente, realizado nos EUA, sugere uma regressão da pré-diabetes no caso de se conseguir uma glicose normal através da perda de peso e da modificação intensiva do estilo de vida (Perreault *et al.* 2009).

# CAPÍTULO 4

## Gestão da Doença Crónica, Contributos e Competências da Enfermagem

---

Esta secção considera o cuidado e a gestão dos quadros crónicos, com referência aos diferentes modelos de cuidados na doença crónica. Destaca-se o contributo da Enfermagem para a gestão da doença crónica e faz-se referência às competências exigidas aos enfermeiros em todo o contínuo de cuidados na doença crónica.

### **Modelos de gestão dos cuidados na doença crónica**

As doenças crónicas individuais já não são vistas isoladamente, dado que há um número crescente de pessoas afectadas por mais de uma doença, por ex. diabetes e doença cardiovascular. As exigências que as doenças crónicas impõem aos doentes, às famílias e ao Sistema de Saúde são semelhantes e, na verdade, há estratégias de gestão comparáveis que são efectivas em todas as doenças crónicas, fazendo com que as semelhanças se sobreponham às diferenças.

Os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível. Carecem de aptidões de auto-cuidado para gerir problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda.

Os modelos de cuidados na doença crónica são utilizados e adaptados em diferentes países. Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados

na doença crónica. Destacam-se dois modelos: o Modelo de Cuidados na Doença Crónica (*Chronic Care Model*, CCM) e o Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos (*Innovative Care for Chronic Conditions*, ICCC) da OMS, patente respectivamente nas Figuras 1 e 2.

## **O Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM)**

A essência da abordagem CCM consiste na interacção entre «um doente informado, participante, e uma equipa de profissionais preparada, proactiva». Isto significa «um doente motivado, com informação, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efectivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade» (*Improving Chronic Illness Care* 2004). O modelo baseia-se em seis elementos inter-relacionados e actividades associadas, identificados a seguir. Os enfermeiros em todo o mundo desempenham um papel fundamental em todas estas actividades.

**Figura 1: O Modelo de Cuidados na Doença Crónica (CCM)**

<b>Elemento</b>	<b>Actividade / Contribuição</b>
Relação doente – prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolver os doentes como parceiros activos na gestão da(s) respectiva(s) doença(s);</li> <li>• Facultar informação e educação aos doentes, cuidadores, famílias e público em geral;</li> <li>• Facilitar o auto-cuidado e a gestão pelo doente;</li> <li>• Desenvolver relações com os doentes e os cuidadores ao longo de um período prolongado, reconhecendo que os doentes, os cuidadores e as famílias poderão ser mais peritos do que o profissional de saúde generalista acerca dos novos desenvolvimentos e opções de tratamento, e que poderão muitas vezes trazer novas informações ao enfermeiro ou profissional de saúde.</li> </ul>

Elemento	Actividade / Contribuição
Estrutura do sistema de prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderar na prevenção, rastreio, avaliação, diagnóstico;</li> <li>• Passar dos cuidados reactivos para os cuidados planeados e seguimento proactivo sustentado;</li> <li>• Utilizar uma abordagem em equipa e prática colaborativa;</li> <li>• Fazer o rastreio de grupos de alto risco;</li> <li>• Coordenar o cuidado de doentes com necessidades complexas;</li> <li>• Planear e prestar cuidados que os doentes compreendam e que se enquadrem na sua cultura.</li> </ul>
Apoio à decisão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer um uso sistemático de instrumentos de avaliação e diagnóstico;</li> <li>• Usar protocolos baseados na evidência e linhas de orientação para a prática clínica para orientar as intervenções, e partilhá-los com os doentes;</li> <li>• Coordenar o encaminhamento para especialistas integrados na equipa;</li> </ul>
Sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar efectivamente e gerir apropriadamente a informação;</li> <li>• Usar novas tecnologias;</li> <li>• Facultar lembretes acerca das linhas de orientação para a prática e <i>feedback</i>, incluindo utilizar os registos dos doentes;</li> <li>• Monitorizar e avaliar os cuidados e o tratamento;</li> <li>• Colocar o foco na melhoria da qualidade.</li> </ul>
Recursos na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar ligações fortes com entidades existentes na comunidade que promovam a integração social e um estilo de vida saudável para promover ou desenvolver programas;</li> <li>• Saber o que funciona em culturas ou comunidades específicas;</li> <li>• Incentivar os doentes a participar em programas eficazes;</li> <li>• Aumentar o papel de profissionais exteriores ao sector da Saúde junto do público.</li> </ul>

Elemento	Actividade / Contribuição
Organização dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometer-se e apoiar o desenvolvimento estratégico da infra-estrutura de cuidados planeados;</li> <li>• Adoptar papéis de liderança apropriados nas organizações e entre organizações;</li> <li>• Desenvolver acordos para a coordenação dos cuidados;</li> <li>• Usar e gerir os recursos de forma custo-efectiva;</li> <li>• Contribuir para a realização de políticas, planeamento e gestão de serviços;</li> <li>• Promover estratégias de melhoria eficazes;</li> <li>• Assegurar que os incentivos se baseiam na qualidade dos cuidados.</li> </ul>

## O Modelo de Cuidados na Doença Crónica



For impresso com a autorização de Edward H. Wagner, MD, MPH, Chronic Disease Management: What We Do Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice, Aug/Sept, 1996, 10(1).

## **O Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos (ICCC) da OMS**

O Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para Quadros Crónicos (ICCC) da OMS baseia-se na crença de que os resultados positivos para os quadros crónicos apenas se conseguem quando os doentes e famílias estão preparados, informados e motivados, e as equipas de cuidados de saúde e pessoal de apoio na comunidade trabalham em conjunto (WHO 2002).

O Quadro de Referência assenta nos seguintes princípios-chave:

- Tomada de decisão baseada na evidência;
- Enfoque na população;
- Foco na prevenção;
- Enfoque na qualidade;
- Integração;
- Flexibilidade / adaptabilidade.

O Quadro de Referência é constituído por componentes ou «blocos» fundamentais, que podem ser utilizados para criar ou redesenhar um sistema de cuidados de saúde que consiga gerir os problemas de saúde a longo prazo de forma mais efectiva. Os enfermeiros estão bem posicionados para darem um contributo completo e eficaz para cada um dos componentes, de modo a assegurar o cuidado e gestão adequados e efectivos aos quadros crónicos, de acordo com a situação local e os recursos disponíveis.



Figura 2: Quadro de Referência ICCC da OMS

Blocos	
<b>Organização dos cuidados de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar a auto-gestão e a prevenção;</li> <li>• Organizar e equipar as equipas de cuidados de saúde;</li> <li>• Usar sistemas de informação;</li> <li>• Promover a continuidade e a coordenação;</li> <li>• Incentivar os cuidados de qualidade através da liderança e incentivos.</li> </ul>
<b>Comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizar e coordenar recursos;</li> <li>• Prestar serviços complementares;</li> <li>• Incentivar melhores resultados através da liderança e apoio;</li> <li>• Melhorar a consciencialização e reduzir o estigma.</li> </ul>
<b>Ambiente político</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar as parcerias;</li> <li>• Desenvolver e atribuir funções aos recursos humanos;</li> <li>• Promover liderança e advocacia;</li> <li>• Integrar políticas;</li> <li>• Promover o financiamento consistente;</li> <li>• Apoiar enquadramentos legislativos.</li> </ul>

## Quadro de Referência de Cuidados Inovadores na Doença Crónica



## Contributo da Enfermagem

No centro de ambos os modelos está o enfoque nos doentes, famílias e comunidades informados e motivados, apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais com informação e motivação. Os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados (ICN 2007); apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa (ICN 2004).

Ainda que o modelo de cuidados na doença crónica tenha sido desenvolvido nos EUA e colocado em prática sobretudo por médicos, *Bodenheimer*, um médico, afirma que «a literatura de cuidados de saúde e a experiência de muitos esforços para melhorar os cuidados na doença crónica indicam que são os enfermeiros, e não os médicos, a chave para a implementação do modelo de cuidados na doença crónica, numa equipa de cuidados centrada no doente» (Bischoff *et al.* 2009).

«Muitos dos resultados positivos observados em visitas planeadas feitas por enfermeiros poderão dever-se a uma melhor comunicação com os doentes. Os enfermeiros parecem ser particularmente aptos na sua função de elementos de uma equipa e são capazes de estabelecer uma interacção – talvez mais – benéfica com os doentes (do que os médicos). Por conseguinte, os enfermeiros devem estar bem preparados para assumir o desafio epidemiológico de dar resposta à epidemia mundial de quadros crónicos (Bischoff *et al.* 2009)».

## Competências

Qualquer que seja o modelo de cuidados na doença crónica utilizado, os enfermeiros são cruciais e têm de ter os conhecimentos, aptidões e atributos necessários que lhes permitam contribuir com todo o seu

potencial. São necessários programas de ensino e formação que apetrechem os recursos humanos da Enfermagem e da Saúde para dar resposta ao impacto do peso da doença. O tipo de ensino e formação necessários prestam-se à aprendizagem multidisciplinar e interdisciplinar. Tem de utilizar-se uma abordagem custo-efectiva e pragmática que assegure que estão disponíveis cuidados apropriados, acessíveis e abrangentes a todos aqueles que sofrem de quadros crónicos, juntamente com o acesso a cuidados e tratamento especializados quando necessário (ICN 2008).

O Quadro de Referência e Competências para o Contínuo de Cuidados do ICN, assenta no Quadro de Referência de Competências para o Enfermeiro Generalista do ICN, e faculta um quadro de referência sólido para garantir que são desenvolvidos os conhecimentos, aptidões e atributos apropriados ao longo do contínuo de cuidados de Enfermagem. O desafio consiste em determinar quais os elementos comuns nos cuidados e gestão dos quadros e das doenças crónicas que necessitam de ser aplicados ao longo do contínuo de cuidados. Assim como os conhecimentos especializados e específicos necessários para a co-morbilidade e para situações complexas. A definição dos limites em termos da prática especializada será determinada ao nível local e nacional para tirar o melhor partido possível dos recursos disponíveis e ir ao encontro das necessidades de saúde das populações locais. O ICN faculta um quadro de referência de competências para os enfermeiros que têm funções clínicas especializadas (ICN 2009).

As competências exigidas aos enfermeiros para prevenir e gerir a doença crónica incluem as seguintes (ICN 2008):

- Participar em actividades relacionadas com a melhoria de acesso ao leque de serviços necessários para a prestação de serviços de saúde efectivos (enfermeiro);
- Respeitar o direito do cliente à informação, escolha e auto-determinação na Enfermagem e nos cuidados de saúde (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Demonstrar integridade profissional, honorabilidade e conduta

ética em resposta às estratégias de *marketing* da indústria ao prescrever fármacos e outros produtos (enfermeiro especialista e enfermeiro de prática avançada);

- Agir como recurso de informação e educação para os clientes que procuram melhorar o seu estilo de vida, adoptar actividades de prevenção de doença / lesão e lidar com as mudanças na saúde, incapacidade e morte (enfermeiro);
- Reconhecer oportunidades e disponibilizar orientações / educação aos indivíduos, famílias e comunidades para incentivar a adopção de actividades de prevenção da doença e a manutenção de estilos de vida saudáveis (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Seleccionar estratégias de ensino / aprendizagem apropriadas às necessidades e características do indivíduo ou do grupo (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Cooperar com outros profissionais, com grupos de interesse na comunidade e na especialidade em actividades para reduzir a doença e promover estilos e ambientes de vida saudáveis em áreas importantes para a prática da especialidade (enfermeiro especialista);
- Incorporar na prática uma perspectiva que tenha em consideração os múltiplos determinantes da saúde (enfermeiro e enfermeiro especialista);
- Trabalhar em colaboração com outros profissionais nos cuidados de saúde para a melhoria da Enfermagem e outros serviços de saúde acedidos pelos clientes (enfermeiro).

## **Gestão da Doença Crónica**

Cada vez mais, os enfermeiros têm o papel principal na gestão da doença crónica. Em alguns contextos, isto acontece naturalmente em

resultado do número crescente de pessoas que necessitam de cuidados. Em outros contextos, a introdução de enfermeiros especialistas e de prática avançada é uma resposta estratégica a uma necessidade identificada. No Reino Unido, os enfermeiros especialistas em diabetes estiveram entre os primeiros grupos de enfermeiros a assumir responsabilidades adicionais e mais alargadas na gestão de cuidados.

## **Gestão da diabetes de tipo 2**

As linhas de orientação nacionais para a gestão da diabetes de tipo 2 nos cuidados primários e secundários no Reino Unido foram revistas e actualizadas em 2008, com base nas melhores revisões sistemáticas disponíveis (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Estão disponíveis em outros países linhas de orientação semelhantes. É claro que nessas linhas de orientação, os enfermeiros em muitos países estão bem posicionados para assumirem a responsabilidade pelos cuidados e gestão das pessoas com diabetes.

**Cuidados centrados no doente:** Todos os cuidados devem considerar as necessidades e preferências individuais do doente. A boa comunicação é vital para permitir aos doentes tomar decisões informadas, sustentadas em termos de acesso à informação e educação baseadas na evidência.

**Educação:** As linhas de orientação recomendam que deve proporcionar-se educação estruturada a todos os doentes na altura do diagnóstico ou por volta dessa altura. Ainda que a evidência sugira que a educação em grupo é preferível, deve fornecer-se uma alternativa aos doentes que não possam ou não queiram comparecer. A educação deve ser baseada na evidência e ir ao encontro das necessidades do indivíduo. Deve ter um currículo estruturado, ser facultada por educadores com formação, ter garantia de qualidade e ser alvo de auditorias regulares. Uma revisão educacional deve fazer parte de todas as revisões anuais dos doentes e o acesso às actualizações anuais é uma componente importante dos cuidados

continuados. A educação facultada através de programas educativos estruturados deve ser incorporada nos cuidados permanentes de cada doente. Por conseguinte, é vital que todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados na diabetes estejam familiarizados com o conteúdo, as mensagens-chave e os instrumentos de auto-gestão utilizados no programa local.

**Aconselhamento nutricional:** As recomendações de aconselhamento nutricional concentram-se nos princípios da alimentação saudável, sobretudo os da proteção óptima do risco cardiovascular. Devem incentivar-se os seguintes alimentos: fruta, vegetais, cereais integrais e leguminosas, lacticínios com baixo teor em gordura e peixes gordos. Deve controlar-se a ingestão de alimentos que contenham ácidos gordos saturados ou «trans» e devem desincentivar-se os alimentos publicitados especificamente para as pessoas com diabetes.

**Pressão arterial:** O valor recomendado pretendido de pressão arterial para a população geral de tipo 2 é < 140/80 mmHg, ainda que se recomende um valor-alvo mais restrito de < 130/80 mmHg para as pessoas com lesões renais, oculares ou cerebrovasculares. Sugere-se o aconselhamento relativo ao estilo de vida como intervenção inicial mas, caso esta não seja bem sucedida para atingir o nível pretendido acordado, recomenda-se a terapêutica com inibidores da ECA titulados para a dose máxima tolerada. No entanto, é necessário ter cuidado com as mulheres que possam engravidar. Para este grupo, sugere-se a introdução de um bloqueador dos canais de cálcio. O impacto do tratamento tem de ser revisto regularmente para garantir a gestão óptima e apropriada da dose.

**Avaliação do controlo da glicose:** Recomenda-se um valor-alvo geral para a HbA1c de 6,5%, sobretudo em relação à redução do risco microvascular. No entanto, isto varia consoante os indivíduos, dependendo da qualidade de vida que possa ter que ser sacrificada para atingir o valor pretendido, a extensão dos efeitos secundários e os recursos disponíveis para a gestão. Para os doentes que têm dificuldade em atingir um valor-alvo de HbA1c próximo de 6,5%, é importante

salientar que qualquer redução na HbA1c no sentido do valor acordado é benéfica. Quando se introduzem tratamentos que impliquem um risco hipoglicémico, pode ser necessário um nível pretendido ligeiramente mais elevado para minimizar a hipoglicemia. Não se recomenda o tratamento agressivo da HbA1c abaixo dos 6,5%.

**Auto-monitorização da glicemia:** Deve incentivar-se a auto-monitorização da glicemia a todos os doentes recém-diagnosticados com parte da sua educação para a auto-gestão. Nem todos os doentes quererão monitorizar a sua própria glicemia. A finalidade da monitorização tem de ser estabelecida. É necessário que estejam disponíveis para serem educados para a interpretação dos resultados e para possíveis acções para dar resposta às mudanças necessárias. Os doentes poderão escolher não monitorizar a sua própria glicemia, mas aqueles que o façam devem ser apoiados. Tendo tomado a decisão de fazer a auto-monitorização, o benefício e o impacto da monitorização devem ser revistos pelo menos anualmente.

**Gestão dos lípidos:** A maioria dos doentes com diabetes de tipo 2 é considerada como estando em elevado risco cardiovascular. A terapêutica com estatinas é indicada na maior parte dos doentes com mais de 40 anos. Alguns doentes com idade inferior a 40 anos apresentam um risco elevado com base na identificação dos factores de risco convencionais. Nestes doentes está também indicada a terapêutica com estatinas. Os factores de alto risco para as pessoas com idade inferior a 40 anos são as características de síndrome metabólica, antecedentes familiares importantes, características étnicas e evidência de lesões microvasculares.

## CAPÍTULO 5

### Inovações da Enfermagem nos Cuidados na Doença Crónica

---

A inovação nos cuidados de saúde para os quadros crónicos consiste na introdução de novas ideias, métodos e programas para alterar a forma como se faz a prevenção e gestão dos quadros crónicos (WHO 2002). A inovação não é um conceito novo para a profissão de Enfermagem. Em todo o mundo, todos os dias, os enfermeiros estão envolvidos em actividades inovadoras, motivadas pelo desejo de melhorar os resultados nos cuidados prestados ao doente e pela necessidade de reduzir os custos para o sistema de saúde. Muitas destas iniciativas resultaram em melhorias significativas na saúde dos doentes, das populações e dos sistemas de saúde (ICN *Innovations Database*).

Os enfermeiros estão bem posicionados para fornecer soluções criativas e inovadoras ao desafio dos quadros crónicos e fazer uma diferença real no dia-a-dia dos doentes, das famílias e das comunidades. O ICN está empenhado na promoção e disseminação da inovação em Enfermagem e lançou a Base de Dados de Inovações do ICN, um recurso baseado na *web* para ajudar a difundir as inovações de Enfermagem a nível global <http://www.icn.ch/innovations/>. Além disso, o ICN escolheu o tema «Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados» para o Dia Internacional do Enfermeiro de 2009.

Conforme debatemos no Capítulo 4, os cuidados na doença crónica exigem uma mudança na relação entre os enfermeiros, os doentes e as comunidades, bem como uma alteração nas relações e formas de trabalhar na equipa de cuidados. Os avanços na tecnologia fornecem a base para a maior parte da inovação nos cuidados e gestão de quadros crónicos em termos de informação e tecnologia da comunicação, bem como da introdução de novos produtos e técnicas. O uso



efectivo de tecnologia muda e desafia as práticas de trabalho tradicionais e exige flexibilidade na concepção e prestação de serviços de saúde e de Enfermagem. Os enfermeiros estão muitas vezes na vanguarda da modelação e promoção destas mudanças.

**Coreia do Sul:** Manter os níveis de glicemia tão próximos do normal quanto possível é a chave para a prevenção de complicações na diabetes de tipo 2. Um estudo realizado na Coreia do Sul demonstra que uma intervenção por SMS através de telemóvel, efectuada por um enfermeiro, pode ajudar os doentes a conseguir um melhor controlo dos seus níveis de glicemia. Num ensaio controlado, os doentes enviaram semanalmente os níveis auto-monitorizados de glicemia e informações relativas aos medicamentos através da *Internet* ou de SMS. Os dados foram interpretados à luz do registo médico pessoal do indivíduo e fizeram-se recomendações relativamente à alimentação, exercício ou medicamentos, por exemplo: «A falta de exercício pode ser a causa do nível de glicose agravado» ou «Queira verificar a quantidade de alimentos que ingere».

Este contacto e *feedback* regulares podem ter motivado os doentes a controlar os níveis de glicose. A hemoglobina glicosilada (HbA1c) diminuiu 1,15 pontos percentuais aos três meses e 1,05 pontos percentuais aos seis meses, em comparação com a situação basal no grupo de intervenção. Os doentes no grupo de intervenção tiveram uma redução da glicose pós-prandial passadas duas horas (GPP2H) de 85,1 mg/dl aos três meses e de 63,1 mg/dl aos seis meses, em comparação com a situação basal (Hee-Seung *et al.* 2007).

**Suriname:** Inspirados pelo tema do DIE 2009 «Os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados», os enfermeiros da Enfermaria Pediátrica do Hospital *Diakonessenhuis*, no Suriname, tomaram a liderança na melhoria dos cuidados de crianças com doença crónica. A Enfermaria Pediátrica faz parte de um hospital privado com 2216 camas na capital do Suriname. Ainda que o número de doentes com doenças crónicas que se encontram hospitalizados seja baixo, a frequência de admissões é elevada. Os enfermeiros reconhecem que o nível de cuidados psicológicos disponível para os pais e irmãos dos doentes é inadequado e conceberam um programa para proporcionar

orientação e apoio profissionais para ajudar as famílias a lidar com os efeitos das doenças crónicas. Foi concebido um programa multidisciplinar utilizando o modelo de cuidados na doença crónica descrito no Capítulo 4. Os resultados esperados incluem uma redução de 40% na taxa de admissão, resultando numa qualidade de vida melhorada para o doente e para a família, bem como menos interrupções da vida escolar em resultado das reduções nas admissões hospitalares e comparência nas consultas externas. (Submetido pela Associação de Enfermeiros do Suriname)

**Finlândia:** A facilitação e aprendizagem multiprofissionais provaram ser efectivas na implementação de linhas de orientação, melhorando a colaboração multiprofissional e a partilha de deveres e responsabilidades, para além de terem como alvo a realização de actividades preventivas e o uso de recursos de forma adequada. Isto levou a melhorias nos cuidados e na gestão dos doentes com diabetes, hipertensão e dislipidemia (Sipla *et al.* 2008).

**Estados Unidos:** De entre as iniciativas da Base de Dados de Inovações do ICN encontra-se a Série de Gestão do Estilo de Vida para as Mulheres (*Life Style Management Series for Women*), desenvolvida pelo Departamento de *Patient Health Education* (PHE) (Educação para a Saúde do Doente) do *Dayton Veterans Affairs Medical Center* (DVAMC). Desenvolveram e implementaram um programa didáctico, experiencial e holístico de gestão do estilo de vida para as mulheres, durante cinco semanas. Os tópicos incluem a gestão do *stress*, gestão / manutenção do peso, nutrição, exercício e estratégias de auto-cuidado. O programa é dirigido a veteranas do sexo feminino, saudáveis, e às mulheres que se encontram em risco mais elevado de desenvolvimento de problemas relacionados com o serviço militar, como a obesidade, hipertensão, diabetes, osteoporose e cancro.

O objectivo primário deste programa multidisciplinar consiste em promover estratégias de gestão da saúde e em prevenir a doença ou a progressão da doença. O programa levou as participantes a identificar e reduzir os factores de risco pessoais associados ao

desenvolvimento ou progressão da doença, e a aumentar a sua consciencialização acerca da importância do rastreio preventivo. Algumas participantes inscreveram-se posteriormente em programas de apoio mais intensivos, para as auxiliar a modificar comportamentos para prevenir a progressão da doença e a concentrarem-se com mais intensidade na auto-manutenção individual. No final da série, as participantes saíram com os conhecimentos que as irão ajudar a manter uma boa saúde e a prevenir a doença através de melhores escolhas relativas ao estilo de vida.

**África do Sul:** No Hospital *McCord*, foi introduzido um programa no local de trabalho para dar resposta aos problemas da doença crónica, incluindo o excesso de peso e o tabagismo entre os enfermeiros. O programa consistiu num esforço colaborativo que envolveu a Organização Democrática de Enfermagem da África do Sul (*Democratic Nursing Organization of South Africa*, DENOSA), o ICN e a *Oxford Health Alliance* e foi liderado localmente pela enfermeira *Honey Allee*.

O programa assentou nos princípios de parceria e envolvimento, foi baseado em objectivos partilhados e reconheceu que «ser saudável» significa coisas diferentes para pessoas diferentes, dependendo de factores que incluem a idade, o estado sócio-económico e a cultura. O programa local incluiu políticas organizacionais melhoradas que incorporaram os princípios de cuidar dos cuidadores e se centraram na saúde e no bem-estar; disponibilização de opções alimentares saudáveis ao almoço; aulas de exercícios e o apoio de vários clubes desportivos; rastreio de saúde; gestão do peso e disponibilização de pensos de nicotina para ajudar os participantes a parar de fumar. Partilharam-se conhecimentos, aptidões e especialização, bem como histórias acerca de sucessos e obstáculos. O programa foi bem sucedido em informar, educar e apoiar os enfermeiros no sentido de melhorarem a sua própria saúde. Os resultados até à data mostram que um número significativo de enfermeiros perderam peso, melhoraram a gestão da sua própria doença crónica, fizeram rastreios de saúde a si próprios e pararam de fumar. O ICN e os respectivos parceiros têm muito interesse em apoiar outras associações nacionais

de enfermeiros (ANE) que pretendam introduzir esquemas semelhantes para melhorar a saúde dos enfermeiros, das famílias, dos locais de trabalho, das escolas e comunidades locais.

### **Taiwan:**

Confrontados com o problema da falta de adesão dos doentes oncológicos ao regime de analgésicos em casa, e para compreender as percepções relacionadas com os analgésicos, os enfermeiros de Taiwan conduziram um estudo utilizando um impresso conhecido por «Questionário de Obstáculos» («*Barrier Questionnaire-Taiwan form*», BQT). Pretendiam obter dados relacionados com as percepções reais dos doentes relativamente aos analgésicos. Empregou-se a adesão auto-relatada aos analgésicos de *Morisky* para medir a adesão real dos doentes aos analgésicos.

O estudo mostrou que os doentes tinham percepções erradas relativamente aos analgésicos. Para dar resposta às concepções erradas, foi-lhes facultado e às respectivas famílias um manual educativo para a dor de orientação prática. Os conteúdos do manual incluem a clarificação do fatalismo, preocupação com o facto de tomarem muito tempo do médico durante a consulta, o desejo de ser um bom doente, efeitos secundários dos medicamentos e dependência, progressão da doença e outros.

Os enfermeiros explicaram ainda aos doentes a respectiva prescrição de analgésicos, incluindo os fármacos efectivos utilizados, o formato do medicamento, a efectividade, os possíveis efeitos secundários e o modo de administração. Sublinharam também a importância de tomar os analgésicos a horas e conforme prescrito, de modo a controlar a dor de forma efectiva.

De cada vez que voltavam à consulta, os enfermeiros recolham informações acerca das percepções dos doentes relativamente aos analgésicos e aos efeitos secundários reais e percebidos como referência para os médicos e como base para ajustar a prescrição. Os enfermeiros e outros profissionais convidaram a família a participar na intervenção educativa para o alívio da dor, a facilitar a comunicação

entre os doentes e os médicos e expressaram a sua preocupação profissional relativamente aos problemas dos doentes com a dor. Os doentes foram incentivados a partilhar a informação acerca da dor, bem como as suas reacções aos medicamentos.

Ao fim de um mês de educação e consultas da dor, os obstáculos relativamente ao uso de analgésicos por parte dos doentes e das famílias diminuíram significativamente. A adesão dos doentes à prescrição também aumentou de forma notável. Os doentes referiram níveis muito mais baixos de intensidade da dor e de interferência da dor na vida quotidiana. (Submetido pela Associação de Enfermeiros de Taiwan)

**Reino Unido:** A Enfermeira Anita Plummer ganhou um prémio pelo seu trabalho de desenvolvimento de um programa de gestão do peso liderado por enfermeiros dirigido a doentes com doença crónica. Reconheceu uma área de necessidades não correspondidas em 2006, quando uma auditoria ao índice de massa corporal (IMC) revelou que a prevalência de obesidade era mais elevada do que a média nacional. Um em cada quatro doentes foi categorizado como obeso e dois em cada três tinham excesso de peso ou eram obesos. No global, 605 de 1.061 doentes com idades compreendidas entre os 18-75 anos, com doenças a longo prazo (doença cardíaca coronária, diabetes e hipertensão) apresentavam um IMC acima de 28. Dado que os recursos na prática eram finitos, Plummer decidiu dar prioridade e ajudar os doentes com excesso de peso e obesos, com doenças de longo prazo a controlarem o seu peso. Concebeu um programa educativo, encontros de gestão do peso e passeios saudáveis, tendo todas estas iniciativas mostrado ser populares e efectivas (Robinson 2007).

**Emirados Árabes Unidos:** A Associação de Enfermagem dos Emirados (*Emirates Nursing Association* (ENA) está empenhada em desempenhar um papel activo na melhoria dos padrões de saúde, envolvendo-se na educação do público e melhorando os conhecimentos acerca das doenças crónicas, nomeadamente a diabetes e a hipertensão. A ENA, com o apoio do Ministério da Saúde, lançou uma campanha de consciencialização para a saúde, para educar as pes-

soas acerca de práticas saudáveis de jejum durante o mês sagrado do Ramadão. A campanha de consciencialização pretendia cobrir todos os Emirados, de *Abu Dhabi* a *Fujeirah*. A abordagem foi multidisciplinar, sendo que os enfermeiros funcionaram em parceria com o doente, a família, os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde envolvidos. Os serviços de campanha proporcionados ao público incluíram a verificação da pressão arterial e da glicemia; a distribuição de panfletos e brochuras de consciencialização para a saúde; e a educação dos doentes e das pessoas que lhes são próximas acerca da forma de desenvolver hábitos saudáveis e prevenir complicações a longo prazo. Outros serviços incluíram aconselhamento e educação individuais para jovens e respectivas famílias acerca dos tópicos gerais da vida saudável como a alimentação, exercício, apoio psicossocial e actividades sociais. A campanha tinha tido como alvo cerca de 10 mil pessoas na altura da elaboração deste relatório. O sucesso deste projecto foi atribuído ao apoio disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ao envolvimento de enfermeiros voluntários e à participação em larga escala do público. (Submetido pela Associação de Enfermagem dos Emirados).



# CAPÍTULO 6

## Papel das ANE na Redução do Risco e Melhoria dos Cuidados na Doença Crónica

---

Aceitar o desafio para a prevenção e gestão da doença crónica exige coragem e ambição por parte das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE), sobretudo devido às numerosas prioridades concorrentes e urgentes, muitas das quais têm um impacto mais óbvio e imediato do que a prevenção da doença e promoção da saúde a longo prazo. No entanto, é vital, não só para os doentes existentes como para as famílias, comunidades e gerações futuras, que as ANE disponibilizem agora liderança para a profissão de Enfermagem.

As ANE encontram-se numa posição forte para informar, envolver e capacitar os enfermeiros a todos os níveis para trabalharem com um leque alargado de partes interessadas, incluindo as comunidades, empregadores, parceiros, decisores políticos, escolas, doentes e famílias para parar a vaga de doença crónica. Devem ainda ter como propósito garantir que todos os doentes com quadros crónicos recebem os cuidados, tratamento e gestão necessários para promover o bem-estar e garantir os melhores resultados de saúde possíveis.

Cada ANE tem de considerar um leque de factores ao decidir quais as intervenções que são apropriadas às suas capacidades, incluindo a possibilidade de implementação, aceitabilidade e apoio comunitário e político. Seleccionar um número reduzido de actividades e executá-las bem terá provavelmente mais impacto do que pegar num número elevado e executá-las de forma fortuita.

### **Apoiar e disseminar a informação**

As ANE encontram-se bem colocadas para disseminar informação e mensagens-chave acerca da doença crónica junto dos indivíduos,



comunidades e decisores políticos. É necessária a distribuição alargada de informação, abrangente e baseada na evidência, acerca das doenças crónicas para melhorar a consciencialização e influenciar a mudança de comportamentos. A partilha de informação acerca das políticas relativas às doenças crónicas também é necessária para promover o debate público, incentivar o apoio e garantir que as doenças crónicas são uma prioridade na agenda da saúde pública. As ANE podem:

- Publicitar informações, factos e valores cruciais acerca das doenças crónicas em discursos e comunicados de imprensa;
- Divulgar informação acerca da doença crónica junto das escolas, locais de trabalho, centros de saúde e centros comunitários;
- Organizar campanhas e eventos nacionais para melhorar a consciencialização da prevenção e gestão da doença crónica;
- Aumentar a prioridade atribuída à prevenção e controlo dos quadros crónicos nas agendas dos fóruns e encontros pertinentes;
- Celebrar os feitos inovadores conseguidos pelos enfermeiros na área da doença crónica e potenciar o aumento do trabalho dos enfermeiros em publicações, sítios *web*, conferências, etc.;
- Facilitar a colaboração com outras associações de profissionais de saúde, ministérios da saúde e outros sectores e partes interessadas pertinentes;
- Trabalhar com os ministérios da saúde e outros para influenciar a saúde nacional e outras políticas públicas pertinentes;
- Exercer pressão no sentido de publicação de legislação e regulação que promova e facilite as contribuições dos enfermeiros para os cuidados na doença crónica;
- Exercer pressão no sentido de uma abordagem equilibrada nos serviços preventivos, promotores, curativos e de reabilitação;

- Disponibilizar um fórum para o diálogo e a compreensão adequada dos desafios e questões;
- Defender a saúde das populações vulneráveis;
- Divulgar evidência acerca das melhores práticas;
- Exercer pressão junto dos empregadores no sentido de disponibilizar ambientes de trabalho saudáveis.

## **Liderar a mobilização das bases**

As ANE podem trabalhar em conjunto com grupos de apoio e outros líderes comunitários no sentido de:

- Organizar campanhas e eventos junto das bases que inspirem a acção na saúde pública, como por exemplo dias anuais de saúde que podem ser utilizados para melhorar a consciencialização do risco, prevenção e gestão das doenças crónicas;
- Incentivar eventos e actividades relacionados com a doença crónica ao nível local;
- Apoiar práticas inovadoras para assegurar escolas e locais de trabalho saudáveis, colaborando com outras partes envolvidas fundamentais;
- Incentivar os representantes locais da ANE a envolverem-se nas suas comunidades locais, falar com os meios de comunicação locais, vizinhos, amigos, etc. acerca dos benefícios dos estilos de vida saudáveis e da prevenção da doença crónica;
- Incentivar os doentes e as comunidades a exercer pressão no sentido de opções locais, acessíveis e saudáveis;
- Assegurar que as estratégias nacionais são adaptadas às circunstâncias locais.

## Formar parcerias

A prevenção e gestão bem sucedidas dos quadros crónicos exigem a acção coordenada no interior e para além do sector da saúde, entre as organizações da sociedade civil, Ministros do Governo, líderes da comunidade, profissionais de saúde e comunidades do sector privado e empresarial. As parcerias efectivas incentivam a colaboração, minimizam a sobreposição e reduzem a concorrência pelos recursos, permitindo às organizações reforçar e expandir programas para as doenças crónicas.

- Formar parcerias entre os líderes comunitários, profissionais de saúde, líderes empresariais e decisores políticos para partilhar informações, desenvolver estratégias e mobilizar recursos.
- Incentivar os decisores políticos a aumentar o investimento na prevenção e gestão da doença crónica e a implementar programas e políticas que promovam dietas saudáveis, actividade física e abstinência ao tabaco.
- Fornecer contributos às organizações de cuidados de saúde, investigadores e responsáveis pela tomada de decisão acerca das implicações para os enfermeiros de novas abordagens à prevenção, cuidados e gestão, tanto para a implementação a curto prazo como para os custos e benefícios a longo prazo, bem como contribuir para as discussões acerca da forma como estas implicações podem ser geridas de forma efectiva.
- Trabalhar com instituições de ensino para reforçar a introdução de quadros crónicos nos currículos.
- Colaborar com os centros de ensino e investigação em Enfermagem para focar a investigação nos cuidados na doença crónica.
- Trabalhar com os reguladores e legisladores no sentido de eliminar quaisquer inconsistências na legislação e nas práticas reguladoras que restrinjam os enfermeiros na realização de todo o seu potencial na gestão dos quadros crónicos.

## Melhoria de capacidades

As ANE desempenham um papel importante na melhoria das capacidades em toda a profissão de Enfermagem e no incremento da competência dos indivíduos, famílias e comunidades na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão dos quadros crónicos e de saúde.

- Disponibilizar assistência técnica na concepção e implementação de programas para as doenças crónicas;
- Disponibilizar um espaço / fórum para o intercâmbio e debate de práticas e inovações na prevenção e gestão das doenças crónicas;
- Divulgar as inovações em Enfermagem junto de enfermeiros e outros;
- Exercer pressão junto dos ministérios no sentido de disponibilizar bolsas de estudo ou outras formas de assistência de financiamento para facilitar a educação adicional;
- Estimular o interesse na Enfermagem na investigação através da disponibilização de oportunidades de financiamento e de formação para enfermeiros e do desenvolvimento de oportunidades de carreira;
- Incentivar / facilitar a adopção de novas tecnologias da informação através de formação adequada e mecanismos de *feedback*;
- Facilitar a gestão da mudança.



# CAPÍTULO 7

## Conclusão

---

Há uma necessidade urgente de os enfermeiros em todo o mundo tomarem a iniciativa e envolverem-se com todas as partes da comunidade e todos os sectores para dar resposta a esta ameaça crescente à saúde e ao bem-estar globais. A acentuada crise no clima económico global em 2008-2009 aumentou a pressão sobre os recursos disponíveis para o sector da Saúde nos países de todo o mundo. Ao mesmo tempo, os indivíduos, as famílias e as comunidades, no mundo desenvolvido e subdesenvolvido, enfrentam escolhas e desafios cada vez mais difíceis nas suas vidas quotidianas.

Agora é mais importante do que nunca que os enfermeiros trabalhem no sentido de garantir que as escolhas saudáveis são escolhas fáceis. Isto poderá envolver exercer pressão ao nível nacional e internacional no sentido de criar legislação e regulação que facilitem escolhas saudáveis, por exemplo no que respeita ao fabrico, rotulagem e preço dos alimentos. Poderão ainda ter de «pressionar» no sentido da distribuição de recursos nacionais (baseada na evidência) para sustentar intervenções efectivas e saudáveis. Deverão trabalhar com as escolas e locais de trabalho para promover ambientes de trabalho e práticas saudáveis; e utilizar oportunidades para informar e educar os doentes e as famílias.

Ao contrário de alguns temas e actividades defendidos para celebrar o Dia Internacional do Enfermeiro, este apelo à acção exige a atenção e a resposta de cada enfermeiro a nível individual, em todo o mundo, independentemente da especialidade local ou tipo de prática. Se cada um dos 13 milhões de enfermeiros do mundo assumir um compromisso pessoal no sentido de comer de forma saudável, fazer exercício adequado, beber de forma sensata e evitar o uso de tabaco, isso

melhoraria a saúde e bem-estar dos enfermeiros e reduziria a probabilidade de desenvolverem doenças crónicas.

Se cada um dos enfermeiros agir como modelo a seguir, bem como educadores e agentes de mudança na família, amigos, locais de trabalho e comunidades locais, no sentido de promover estilos de vida mais saudáveis, podem em conjunto ajudar a conter a vaga de doenças crónicas. Os enfermeiros e as comunidades instruídos e capacitados podem contribuir de forma mais efectiva para mudanças mais alargadas e necessárias na política social e de saúde, bem como para mudanças estruturais a nível local, nacional e internacional.

O ICN e os respectivos parceiros estão empenhados em prevenir e gerir melhor a doença crónica e irão trabalhar no sentido de promover um mundo mais saudável.

# ANEXOS







## **O ICN lança um apelo aos enfermeiros de todo o mundo: liderem a luta contra a doença crónica**

**12 de Maio de 2010, Genebra, Suíça** – Dado que o mundo enfrenta um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidade resultantes da doença crónica, há uma necessidade urgente para os enfermeiros de todo o mundo se envolverem de forma proactiva com todas as partes da comunidade e todos os sectores para dar resposta a esta ameaça crescente à saúde e ao desenvolvimento globais. As estatísticas mostram agora que 60% das mortes a nível global se devem à doença crónica e que 80% destas ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios. Por ocasião do Dia Internacional do Enfermeiro, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) apela aos enfermeiros de todo o mundo para se moverem e serem activos, nas suas vidas pessoais e papéis profissionais, para conter a pandemia da doença crónica.

«Agora é mais importante do que nunca que os enfermeiros trabalhem no sentido de garantir que as escolhas saudáveis são escolhas fáceis», declarou a Presidente do ICN, Rosemary Bryant. «Se cada um dos 13 milhões de enfermeiros de todo o mundo assumir um compromisso pessoal no sentido de se alimentar de forma saudável, fazer exercício adequado e evitar o uso de tabaco, isso melhoraria a saúde e bem-estar dos enfermeiros e reduziria a probabilidade de desenvolverem doenças crónicas. Se cada um destes enfermeiros agir como modelo a seguir, educadores e agentes de mudança na sua família, amigos, locais de trabalho e comunidades locais para promover estilos de vida mais saudáveis, em conjunto podemos ajudar a parar a vaga de doenças crónicas.

## A magnitude do problema

A escala do problema é gigantesca. A diabetes, as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e alguns tipos de cancro representam uma ameaça de destaque à saúde humana e ao desenvolvimento e são os maiores assassinos do mundo.

- A OMS estima que mais de 180 milhões de pessoas em todo o mundo tenham diabetes. É provável que este valor mais do que duplique até 2030.
- Estima-se que tenham morrido 17,1 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares em 2004, representando 29% do total de mortes a nível global. Destas mortes, estima-se que 7,2 milhões tenham sido devidas a doença cardíaca coronária e 5,7 milhões tenham sido devidas a AVC.
- Prevê-se que as mortes devidas a cancro em todo o mundo continuem a aumentar, estimando-se 12 milhões de mortes em 2030.

Estas doenças são preveníveis. Até 80% dos casos de doença cardíaca, AVC e diabetes de tipo 2 e mais de um terço dos casos de cancro poderiam ser prevenidos eliminando factores de risco partilhados, sobretudo o tabagismo, alimentação pouco saudável, inactividade física e o uso nocivo de álcool. A menos que sejam endereçados, o impacto de mortalidade e doença devido a estes problemas continuará a aumentar.

Juntamente com a adopção de um estilo de vida saudável, os enfermeiros podem advogar no sentido de legislação e regulação que facilitem escolhas saudáveis, por exemplo no que respeita ao fabrico, rotulagem e preço dos alimentos; exercer pressão no sentido de distribuição, baseada na evidência, de recursos nacionais para sustentar intervenções efectivas e saudáveis; trabalhar com as escolas e locais de trabalho para promover ambientes de trabalho e práticas saudáveis; e utilizar oportunidades para informar e educar os doentes e as famílias.

Este apelo à acção exige a atenção e resposta dos enfermeiros a nível individual em todo o mundo, independentemente da especialidade, local ou tipo de prática. Os enfermeiros e as comunidades instruídos e capacitados podem contribuir de forma mais efectiva para as mudanças mais alargadas necessárias na política social e de saúde, bem como para mudanças estruturais a nível local, nacional e internacional.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

**Para obter mais informações contacte Linda Carrier-Walker**

**Tel: +41 22 908 0100 - Fax: +41 22 908 0101**

**Email: [carrwalk@icn.ch](mailto:carrwalk@icn.ch) - Sítio *web* do ICN: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)**





## **P**apel dos enfermeiros na prevenção do cancro

### **Posição do ICN:**

Ainda que ajudar a prevenir o cancro seja um papel importante de muitos profissionais de saúde e grupos de consumidores, os enfermeiros encontram-se numa posição-chave para afectar directamente a saúde das pessoas. Consequentemente, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) defende fortemente que os enfermeiros:

- Contribuam para a prevenção primária do cancro ao ajudar os indivíduos a adoptar hábitos de vida saudáveis.
- Realizem actividades de prevenção secundária e detecção precoce através da disponibilização de informação acerca da importância de programas de rastreio e instalações onde os mesmos sejam efectuados; encorajem os indivíduos ou famílias de alto risco a submeterem-se ao rastreio; e participem em actividades de rastreio, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários.

As associações nacionais de enfermeiros (ANE) têm um papel importante a desempenhar. O ICN apela às ANE para que:

- Exerçam pressão no sentido da realização de investigação em Enfermagem dirigida à potencial melhoria nas abordagens e estratégias de prevenção e detecção do cancro, bem como dos papéis dos enfermeiros neste processo;

- Defendam a inclusão de novos conhecimentos e nova tecnologia acerca da prevenção e detecção precoce do cancro nos programas de formação ao nível básico e pós-básico de Enfermagem;
- Apoiem e se envolvam no aumento da consciencialização do público, em iniciativas governamentais e outras dirigidas à prevenção e detecção precoce;
- Promovam a participação integral da organização nacional de Enfermagem oncológica em actividades de intercâmbio internacional para a prevenção e detecção precoce do cancro;
- Exerçam pressão no sentido da inclusão da vacina do vírus do papiloma humano (VPH) nos programas nacionais de vacinação;
- Colaborem com outros profissionais de saúde e organismos governamentais para banir completamente o tabagismo em locais públicos;
- Incentivem o envolvimento dos enfermeiros em actividades e estratégias de prevenção do cancro, incluindo a participação em actividades nacionais e internacionais;
- Exerçam pressão no sentido de políticas de saúde ambiental, como locais públicos sem fumo e políticas de saúde pública que dêem resposta aos determinantes sociais mais alargados da saúde.

## **Enquadramento**

O cancro é a principal causa de morte em muitos países. Actualmente, pensa-se que cerca de 85% dos casos de cancro sejam potencialmente evitáveis. Apesar de os conhecimentos acerca das causas reais do cancro serem ainda limitados, a investigação apontou dois riscos da maior importância – o tabagismo e a alimentação.

Mais de 30% das mortes devidas ao cancro devem-se ao tabagismo e cerca de 35% das mortes devidas ao cancro poderão estar relacionadas com uma alimentação pouco saudável, uso nocivo do álcool e inactividade física.

Como tal, a prevenção do cancro significa sugerir alterações no estilo de vida e no comportamento, ou seja, cessação do tabagismo, redução da ingestão de álcool, alteração dos hábitos alimentares, aumento da actividade física e evitamento de riscos no ambiente, como por exemplo o fumo de tabaco no ambiente, o sol e o amianto. Além disso, o potencial para a redução da incidência de cancro e a mortalidade através de estratégias de detecção precoce parece promissor.

Cerca de 99% dos casos de cancro do colo do útero estão associados a infecções por VPH<sup>1</sup> e há um forte consenso relativamente à segurança da vacina contra o VPH na prevenção e controlo do cancro do colo do útero<sup>2</sup>.

Estudos recentes confirmam ainda que o uso da colpocitologia e citologia em meio líquido para o rastreio do cancro do colo do útero reduz grandemente o risco de mortalidade devida a cancro invasivo do colo do útero. Outros procedimentos para a detecção precoce do cancro, tais como o auto-exame da mama, teste à presença oculta de sangue nas fezes, sigmoidoscopia, e exame oral, cutâneo e rectal digital poderão ter ainda potencial de redução de morbilidade e mortalidade devidas ao cancro.

O tabagismo e outros factores de risco para o cancro estão relacionados com determinantes sociais mais alargados da saúde, que têm impacto no estilo de vida dos indivíduos e das famílias.

A disponibilização de informação e educação acerca dos factores de risco do cancro deve ir para além do estilo de vida e ser dirigida aos determinantes sociais da saúde e das políticas públicas saudáveis, incluindo banir completamente o tabagismo em locais públicos.

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2005). *New WHO initiative to speed development and introduction of vaccines to protect against cervical cancer*. [www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html)

<sup>2</sup> Global Advisory Committee on Vaccine Safety (2007). *In Weekly Epidemiological Record*, No.28/29, 20 July 2007. page 139-140.



## **Adoptado em 1989**

### **Analisado e revisto em 2008**

#### **Tomadas de Posição do ICN relacionadas:**

- Redução dos riscos ambientais e dos riscos de saúde relacionados com o estilo de vida
- Os enfermeiros e o meio ambiente
- Tabaco e Saúde

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



## O tabagismo e a saúde

### Posição do ICN:

A epidemia do tabagismo constitui uma séria ameaça à saúde pública, no entanto, as medidas de controlo do tabagismo são drasticamente inadequadas.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) está empenhado em:

- Banir totalmente o tabagismo.
- Prevenir e eliminar o tabagismo nos enfermeiros e estudantes de Enfermagem.
- Implementar uma política sem fumo no ICN, incluindo incentivar as associações nacionais de enfermeiros (ANE) a adoptar uma política sem fumo para as suas instalações, encontros e outros eventos.
- Trabalhar com outras organizações internacionais, governamentais e não governamentais, bem como com organizações de profissionais de saúde, no combate à epidemia do tabaco.
- Trabalhar com as ANE para apoiar a implementação do Quadro de Referência da Convenção de Controlo do Tabaco (*Frame Work Convention on Tobacco Control*, FCTC) da OMS.

O ICN incentiva as associações membro a coordenarem os seus esforços com outros grupos nacionais para trazerem à atenção do governo e do público os efeitos negativos do tabaco, bem como a encorajarem os governos a reduzirem, desencorajarem e erradicarem o tabagismo.

Mais especificamente, o ICN defende as seguintes acções a nível nacional:

- Exercer pressão no sentido de políticas que banam a publicidade e patrocínios de tabaco e que apoiem os avisos relativos ao tabagismo bem visíveis em todos os produtos tabágicos.
- Trabalhar com os governos no sentido de introduzirem medidas legislativas e fiscais, tais como impostos mais elevados, em produtos tabágicos.
- Apoiar o banir do tabagismo nos locais públicos e criar escolas, locais desportivos, locais de trabalho, viagens aéreas, restaurantes e outros espaços públicos sem fumo.
- Participar em campanhas de educação / informação do público, sobretudo dirigidas aos grupos vulneráveis, como os jovens.
- Apoiar incentivos aos produtores de tabaco para mudarem para outras culturas.
- Incentivar os enfermeiros a tornarem-se exemplos a seguir, livres de fumo, oferecendo programas de cessação do tabagismo aos enfermeiros que consumam tabaco.
- Incentivar os enfermeiros a integrar a prevenção e cessação do tabagismo como parte da sua prática regular de Enfermagem.
- Trabalhar no sentido de integrar informações relativas ao tabaco e ao tabagismo em todos os níveis dos currículos de Enfermagem.
- Identificar acções para apoiar doentes hospitalizados que normalmente consomem tabaco e estão confinados a um ambiente sem fumo.

## **Enquadramento**

O tabagismo tem aumentado constantemente a nível global e o custo em termos de mortes preveníveis aproxima-se dos 5 milhões de pessoas por ano, prevendo-se que aumente para 10 milhões até ao

ano 2020. Os enfermeiros que continuam a fumar e o aumento do tabagismo nas mulheres jovens são preocupações crescentes.

O Código Deontológico do ICN para Enfermeiros<sup>1</sup> afirma que a promoção da saúde e a prevenção da doença se encontram entre as responsabilidades fundamentais do enfermeiro. Adicionalmente, o enfermeiro partilha com os restantes cidadãos a responsabilidade pela iniciativa e apoio de ações que vão de encontro às necessidades sociais e de saúde do público.

Os problemas de saúde provocados pelo tabagismo são altamente preveníveis. A promoção da saúde e prevenção da doença relacionadas com o Quadro de Referência da Convenção sobre o Controlo do Tabaco da OMS têm de ser reforçados e os enfermeiros estão bem colocados para a respectiva implementação. Além disso, os enfermeiros e as ANE devem estar envolvidos na investigação relacionada com o tabaco, bem como com a divulgação da mesma.

---

<sup>1</sup> International Council of Nurses (ICN), *Code of Ethics for Nurses*, revised 2005.

**Adoptado em 1999**  
**Analisado e revisto em 2006**

Anteriormente: *Smoking and Health*

**Tomadas de Posição do ICN relacionadas:**

- Redução dos riscos ambientais e dos riscos de saúde relacionados com o estilo de vida
- Saúde ocupacional e segurança no trabalho para os enfermeiros.
- O papel dos enfermeiros na prevenção e detecção precoce do cancro

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



## Redução dos riscos ambientais e dos riscos de saúde relacionados com o estilo de vida

### Posição do ICN:

Os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros devem desempenhar um papel estratégico na redução dos riscos ambientais e dos riscos de saúde relacionados com o estilo de vida.

As associações nacionais de Enfermagem (ANE) podem contribuir para reduzir os riscos de saúde dos indivíduos e das comunidades através de actividades como as seguintes:

- Promover um estilo de vida positivo, incluindo exercício, gestão do *stress*, prevenção dos acidentes, manutenção do peso e educação para a nutrição que seja sensível ao estatuto socio-económico, género e crenças culturais.
- Desenvolver e divulgar largamente a posição da ANE relativa aos principais riscos ambientais e riscos para a saúde relacionados com o estilo de vida a nível nacional.
- Ao trabalhar com os governos e as comunidades para introduzir medidas para criar e preservar ambientes de vida e trabalho saudáveis, incluindo a adição de flúor na água, o controlo de aditivos alimentares, medidas para redução do abuso de substâncias e serviços para combater os riscos de saúde.
- Apoiar os esforços do governo para prevenir e controlar riscos específicos para a saúde, incluindo a cooperação internacional para resolver problemas

partilhados (por ex. nutrição inadequada, tráfico de estupefacientes, controlo da poluição, infecções sexualmente transmitidas, medicamentos falsificados, etc.).

- Dar início e participar em:
  - organismos que desenvolvam, coordenem e supervisionem programas de prevenção e de controlo;
  - planeamento nacional / local de desastres e programas internacionais para o caso de ocorrência de desastres noutros países;
  - investigação acerca de: magnitude, consequências e intervenções necessárias para os riscos ambientais e de saúde, higiene e segurança no trabalho mais críticos; bem-estar, práticas e técnicas que permitam às pessoas reduzir os riscos para a saúde e manter a saúde; aviso precoce de riscos para a saúde; melhoria das condições de vida e de trabalho; monitorização dos níveis ambientais de poluentes; e medição do impacto da intervenção da Enfermagem nos riscos ambientais.
- Garantir que os enfermeiros dispõem de informação e educação, capacitação e recursos suficientes para desempenhar efectivamente o seu papel na promoção para a saúde e no aconselhamento relacionados com os riscos.
- Colaborar com os gestores das instituições de saúde para garantir a eliminação segura dos resíduos médicos e evitar danos para o ambiente.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) ratifica a Declaração Mundial de Sobrevivência, Protecção e Desenvolvimento das Crianças e o Plano de Acção<sup>1</sup>, dirigidos à necessidade de criar e preservar ambientes saudáveis para as crianças.

---

<sup>1</sup> United Nations, World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementations of the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990's, United Nations, New York, 1991.

## Enquadramento

Os problemas de saúde relacionados com o estilo de vida e com o ambiente são uma causa crescente de morbilidade, mortalidade, custos de saúde aumentados e declínio na produtividade e na qualidade de vida. São de particular preocupação os seguintes:

- Riscos relacionados com o estilo de vida, tais como o abuso de tabaco, álcool e drogas, adicionados aos custos para a sociedade sob a forma de cancro, violência, acidentes rodoviários, etc. Da mesma forma, as doenças cardiovasculares e os problemas de saúde mental são preocupações globais, tal como o aumento drástico nas doenças sexualmente transmissíveis.
- Os aditivos alimentares e produtos químicos utilizados na produção de alimentos são preocupações nutricionais crescentes.
- Em muitos países industrializados, as pessoas sofrem de obesidade e perturbações alimentares, tais como anorexia e bulimia e, em todo o mundo, muitas pessoas estão consistentemente malnutridas.

Os factores ambientais, tais como o *stress*, são das principais causas de má saúde. A poluição (da água, ar, solo) está a aumentar a prevalência de doenças agudas e crónicas.

Quer advenham de uma escolha pessoal ou do ambiente, estes riscos requerem atenção. Os enfermeiros cada vez mais defendem políticas e programas destinados à criação de ambientes saudáveis, tais como lares, escolas, locais de trabalho, comunidades, etc. Os ambientes de trabalho que diminuam o *stress* e permitam às pessoas fazer a sua contribuição integral precisam de ser apoiados, criados e estudados.

Os enfermeiros são importantes defensores da prevenção do acidente e da doença, tanto em casa como no local de trabalho. A maior parte dos acidentes são preveníveis, mas é necessária muito mais educação.



**Adoptado em 1999**  
**Analisado e revisto em 2007**

Anteriormente: *Health Hazards*

**Tomadas de Posições do ICN relacionadas:**

- Os enfermeiros e o meio ambiente
- Saúde ocupacional e segurança no trabalho para os Enfermeiros
- O papel dos Enfermeiros na prevenção e detecção precoce do cancro
- Redução da Transmissão de Doenças Relacionadas com Viagens
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



## Eliminação do abuso de substâncias pelos jovens

### Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) está preocupado com o número crescente de jovens que abusam de substâncias que originam dependência, bem como com o impacto resultante na sua saúde. Os enfermeiros, enquanto prestadores essenciais de cuidados de saúde aos jovens, têm um papel crucial a desempenhar em dirigirem-se ao abuso de substâncias neste grupo etário. A prevenção e redução do abuso de substâncias através das políticas e da advocacia, promoção de estilos de vida saudáveis e do equipar dos jovens com aptidões de vida para lidarem com o *stress*, pressão dos pares e outros factores de risco, constitui um papel importante para o ICN e a Enfermagem.

O ICN está empenhado na prevenção do abuso de substâncias e apela aos enfermeiros e às associações nacionais de enfermeiros (ANE) para que mobilizem os seus esforços no sentido da prevenção do abuso de substâncias, sobretudo entre os jovens, e para que:

- Apelem urgentemente aos respectivos governos, comunidades, associações de jovens, associações de pais e autoridades escolares que disseminem informação acerca dos riscos do abuso de substâncias e das aptidões de vida.
- Trabalhem com outras organizações, incluindo as escolas de Enfermagem, associações de jovens e de pais, pessoal escolar, governos e comunidades no sentido da implementação de estratégias para a eliminação do abuso de substâncias.



substâncias psicoactivas e a minimizar os danos do acesso à prevenção e ao tratamento.

Há um número crescente de problemas sociais e económicos associados ao uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias. Frequentemente, os efeitos são semelhantes aos da prevenção e de outras substâncias. Apoiar a integração de programas de prevenção e de outras substâncias, bem como a educação em Enfermagem, aos níveis da família, amigos, colegas e escolas, em geral.

Os jovens poderão frequentemente abusar de substâncias devido a factores familiares, sociais e de vida. Há evidências de alterações biológicas na dependência de substâncias, e as drogas são frequentemente utilizadas para o tratamento da situação.

Há uma prevalência crescente de VIH / SIDA e de infecções sexualmente transmitidas, hepatite B e C e outras infecções entre as pessoas que usam álcool e drogas e aqueles que partilham agulhas para a injeção de substâncias. Há 5 milhões de mortes anuais devido a doenças relacionadas com o uso de drogas ilícitas, que representam 0,2% do total de mortes mundiais.

É importante fazer a distinção entre o uso de tabaco e o abuso de outras substâncias. No caso do tabaco, qualquer «uso» constitui um enorme risco para os jovens. A evidência sugere que a dependência da nicotina, em crianças suscetíveis, tem início quase imediatamente ao começar a fumar.

O ICN apoia iniciativas globais para a redução ou eliminação do uso de tabaco, tais como o Quadro de Referência da OMS para o Controle do Tabaco (WHO Framework on Tobacco Control, FCTC). Os enfermeiros lidam com os efeitos físicos, psicológicos e sociais que lhe estão associadas. Enquanto prestadores essenciais de cuidados de saúde, os enfermeiros têm um papel crucial a desempenhar na eliminação do abuso de substâncias. O preconceito, estigma e discriminação associados ao abuso de substâncias irá desencorajar os jovens relativa-

<sup>1</sup> WHO Report on the Global Tobacco Epidemics, 2008, The MPower package. Geneva

<sup>2</sup> WHO web site. www.who.int

mente a procurar apoio e serviços de saúde. As medidas de redução dos danos são vitais para o sucesso de programas dirigidos ao controlo e prevenção do abuso de substâncias.

## **Adoptado em 1995**

## **Analisado e revisto em 2002 e 2008**

### **Tomadas de Posição do ICN relacionadas:**

- Tabaco e Saúde•
- Redução dos riscos ambientais e dos riscos de saúde relacionados com o estilo de vida
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

### **Publicações do ICN:**

- Tobacco Free Living, ICN Fact Sheet, 2000.
- Tobacco Control and Smoking Cessation, ICN Monograph, 2004

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros a nível internacional, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de Enfermagem para todos, e para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.



### A ENFERMAGEM É IMPORTANTE

*A Enfermagem é Importante* fornece informação breve de referência, com uma perspectiva internacional da profissão de Enfermagem sobre questões sociais e de saúde actuais.

#### Adesão à terapêutica a longo prazo

A adesão é definida, em geral, como sendo «a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta, e / ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde»<sup>1</sup>. A maioria dos estudos de investigação da adesão concentram-se na medida em que os doentes seguem as instruções médicas quanto às medicações prescritas; no entanto, esta abrange comportamentos mais alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar as medicações prescritas. Alguns exemplos de comportamentos relacionados com a adesão incluem<sup>2</sup>:

- Procurar auxílio médico;
- Adquirir os medicamentos prescritos;
- Tomar a medicação de forma apropriada;
- Obter imunizações;
- Comparecer às consultas de seguimento; e

<sup>1</sup> World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Retrieved July 8, 2005, from [www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/)

<sup>2</sup> WHO (2003). *Ibid.*

- Adotar modificações comportamentais dirigidas ao controlo do peso, auto-gestão da asma ou diabetes, tabagismo, contracepção, comportamentos sexuais de risco, alimentação pouco saudável e níveis insuficientes de actividade física.

Há uma evidência forte que sugere que a maioria dos doentes crónicos com asma, diabetes, hipertensão, VIH e SIDA têm dificuldade em aderir a um regime prescrito de cuidados. Por exemplo, na China, apenas 43% dos doentes com hipertensão aderem ao seu tratamento anti-hipertensivo; enquanto na Gâmbia apenas 27% aderem à medicação anti-hipertensiva. Na Austrália, apenas 43% dos doentes com asma tomam a medicação regularmente, tal como prescrita pelo seu prestador de cuidados de saúde. Na Europa, apenas 28% dos doentes com diabetes conseguem atingir um controlo glicémico óptimo para a diabetes. A adesão à terapêutica antirretroviral varia entre os 37% a 83%, dependendo da medicação utilizada e da frequência da toma de medicação. Nos países desenvolvidos, a adesão ao regime de tratamento é de cerca de 50%, enquanto este valor é muito mais baixo nos países em desenvolvimento<sup>3</sup>.

## **P**roblema de fraca adesão

A fraca adesão ao tratamento compromete os esforços do sistema de cuidados de saúde, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações. A falha em aderir ao tratamento provoca complicações médicas e psicológicas da doença, reduz a qualidade de vida dos doentes, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos

---

<sup>3</sup> Organizacion Panamerican de la Salud (Sept. 2003). *Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Washington.*

fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e mina a confiança do público nos sistemas de saúde<sup>4, 5</sup>.

## Medição da adesão

A medição exacta da adesão é muito importante, mas não há nenhum «padrão de ouro» único para determinar a extensão do problema. Há várias medidas debatidas na literatura, mas são medidas substitutas do comportamento real do doente. Algumas das estratégias que são utilizadas para medir a adesão incluem:

- Perguntar aos prestadores de cuidados e aos doentes;
- Questionários padronizados administrados aos doentes;
- Contagem da dose restante;
- Dispositivo electrónico de monitorização, que regista a hora e a data a que o recipiente de medicação foi aberto; e
- Verificar quando as prescrições são aviadas pela primeira vez e na repetição.

Cada um destes métodos tem as suas desvantagens e tem de ser utilizado com precaução. Por exemplo, tanto os prestadores de cuidados como os doentes tendem a sobrestimar a extensão da adesão. Da mesma forma, o uso de um dispositivo electrónico de monitorização ou a contagem dos comprimidos restantes não indica que o doente tenha realmente tomado os medicamentos.

---

<sup>4</sup> WHO (2003). *Op. cit.*

<sup>5</sup> Balkrishnana R (2005). *The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. Medical Care 43(6), pp. 517-520.*



## **F**actores que influenciam a adesão<sup>6, 7</sup>

A adesão é influenciada por vários factores. Estes incluem:

- Baixo estatuto socioeconómico;
- Analfabetismo e educação limitada;
- Desemprego;
- Distância dos centros de tratamento;
- Custo elevado do transporte ou da medicação;
- As características da doença;
- Factores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;
- Crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

Alguns destes factores estão relacionados com o doente; alguns estão relacionados com a medicação e outros estão relacionados com o prestador de cuidados de saúde. Por exemplo, o baixo estatuto socioeconómico é um factor relacionado com o doente, que inibe a adesão, enquanto os efeitos secundários de um regime farmacológico estão relacionados com a terapêutica. Dada esta interacção complexa de factores a afectar a adesão, os doentes precisam de ser apoiados e não culpabilizados.

## **M**elhorar a adesão

A melhor adesão está relacionada com a segurança do doente, leva a melhores resultados de saúde e diminui os custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efectividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de

---

<sup>6</sup> WHO (2003) *Op. cit.*

<sup>7</sup> Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

vida dos doentes<sup>8</sup>. A boa adesão também tem benefícios económicos para o sistema de cuidados de saúde e para o doente<sup>9</sup>. Não há nenhuma forma única de promover a adesão aos regimes de tratamento. Para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais<sup>10</sup>. As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde podem investigar as preferências dos doentes, simplificando os regimes de dosagem, etc. As estratégias educativas que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas incluem a redução do número de medicamentos e a frequência das doses, facultar informação acerca dos efeitos secundários esperados e motivar as pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica.

É muito importante educar os doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão<sup>11</sup>. A educação é necessária para a auto-gestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado.

A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida.

É necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão. A família, a comunidade e as organizações de doentes são parceiros-chave na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma activa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados. A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente.

---

<sup>8</sup> Williams AB (2001). *Adherence to regimens: 10 vital lessons*. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43.

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud (Sept. 2003). *Op. cit.*

<sup>10</sup> Balkrishnana, R. (2005). *Op. cit.*

<sup>11</sup> Williams AB (2001). *Op. cit.*

**Para mais informações contacte: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)**

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, e para a implementação de sólidas políticas de saúde a nível global.



### A ENFERMAGEM É IMPORTANTE

*A Enfermagem é Importante* fornece informação breve de referência, com uma perspectiva internacional da profissão de Enfermagem sobre questões sociais e de saúde actuais.

## Uso nocivo de álcool

### Introdução

O uso nocivo de álcool é um factor de risco evitável para muitas doenças e problemas sociais. O uso nocivo de álcool abrange muitos aspectos da bebida. Primeiro há a quantidade de álcool consumida. Outros aspectos incluem o padrão de bebida, que pode variar de bebida regular ou ocasional até à intoxicação, e a qualidade de bebida alcoólica ou substância tóxica, por exemplo metanol, nela contida.<sup>1</sup>

O consumo de álcool tem consequências adversas de saúde e sociais, incluindo:

- intoxicação (embriaguez), dependência (bebida habitual, compulsiva e a longo prazo),
- uma das principais causas de morte prematura,
- lesões intencionais e não intencionais,

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2008). *Sixty-First World Health Assembly*, A 61/13, 20 March 2008.

- diversas infecções e doenças não transmissíveis, como a doença cardiovascular, cirrose hepática, cancro, doenças mentais, e
- doenças sexualmente transmissíveis, incluindo infecção pelo VIH.

Estima-se que o álcool cause cerca de 3,7% do total de mortes; com 2,3 milhões de mortes prematuras e 4,4% do impacto global de doença. Além disso, o uso nocivo do álcool está associado a diversas consequências sociais adversas, como crimes, violência, desemprego e absentismo. Recentemente, o impacto negativo do uso de álcool nos jovens e mulheres em todo o mundo está a ser alvo de preocupação crescente<sup>2</sup>. O ICN, por exemplo, na sua política de Eliminação do Abuso de Substâncias pelos Jovens, expressou a sua preocupação com o número crescente de jovens que abusam de substâncias que originam dependência e com o impacto resultante na saúde.

## **O que influencia o consumo de álcool?**

Para conceber intervenções efectivas contra o uso nocivo de álcool, é importante compreender os factores que têm impacto no problema. O uso de álcool, em muitas culturas, está frequentemente enraizado no ambiente social e cultural, e está relacionado com características pessoais, que incluem: <sup>3</sup>

- Idade, género, estado fisiológico e psicológico, consciencialização pessoal dos efeitos adversos do uso de álcool;
- Valores sociais, económicos e culturais, bem como normas familiares, incluindo a aceitação e aprovação do padrão de consumo de álcool do indivíduo;

---

<sup>2</sup> WHO (2008). *Op. cit.*

<sup>3</sup> WHO-SEARO (*World Health Organization Regional Office for South East Asia*)  
<http://www.searo.who.int>

- Acessibilidade, acessibilidade económica e aceitabilidade do uso de álcool pela sociedade;
- Atributos sócio-culturais da influência do grupo de pares, estatuto pessoal e atitudes da sociedade relativamente ao uso de álcool;
- Publicidade e representação nos meios de comunicação social do álcool como sendo «masculino» e «atraente» modelam os valores e os processos de raciocínio das pessoas; e
- Estatuto legal do álcool e acções legais contra aqueles que causam danos enquanto se encontram sob a influência do álcool.

Em muitas sociedades, o uso de álcool está associado a festejos, incluindo casamentos, nascimentos, realização académica e promoções no emprego. O conselho de consumir «álcool com moderação» tem levado frequentemente a mensagens mistas e contraditórias acerca do álcool e do respectivo consumo, minando talvez as políticas e estratégias de saúde para reduzir os danos relacionados com o álcool.

## **Quais são as consequências do uso nocivo de álcool?**

O álcool tem um efeito tóxico que pode prejudicar quase todos os órgãos do corpo. O uso nocivo do álcool tem efeitos quer agudos quer a longo prazo na saúde quer em factores sociais e económicos. Os efeitos agudos do álcool estão associados a comportamentos de risco, incluindo a prática de sexo não seguro, que pode levar a infecções sexualmente transmitidas, como a infecção pelo VIH, acidentes e lesões devido à condução ou utilização de maquinaria sob o efeito do álcool, e violência. Os efeitos a longo prazo do álcool incluem mais de 60 patologias e podem exacerbar quadros crónicos, como as doenças cardiovasculares, cancro da mama, hepatite C e cirrose hepática. O uso nocivo e crónico do álcool pode comprometer o sistema imunitário e aumentar o risco de doenças infecciosas, incluindo

a pneumonia bacteriana<sup>4</sup>. O álcool é uma «substância psicoactiva» que pode afectar o sistema nervoso central, resultando em perturbações da função motora, do processo cognitivo, do humor, da percepção e em alterações comportamentais. Estes efeitos podem causar problemas sociais da maior importância<sup>5</sup>.

Os «danos sociais» relacionados com o uso nocivo de álcool incluem rupturas familiares, na comunidade e no local de trabalho, violência e crimes. Outras consequências do uso nocivo de álcool incluem a perda de emprego, envolvimento em crimes e prisão. Estas consequências afectam quer a pessoa que consome álcool quer a família, a comunidade e a sociedade<sup>6</sup>.

Os efeitos adversos do uso nocivo de álcool na saúde do indivíduo, da família e da comunidade levaram ao impacto económico em termos de cuidados de saúde e custos para a sociedade. O álcool causa, a nível mundial, 1,8 milhões de mortes (3,2% do total), sendo as lesões não intencionais, por si só, responsáveis por cerca de um terço desses 1,8 milhões de mortes<sup>7</sup>. Os custos em cuidados de saúde incluem o custo de tratamento de lesões e doenças relacionadas com o álcool, bem como os custos de reabilitação<sup>8</sup>. Os custos para a sociedade incluem custos relacionados com a perda de propriedade, desemprego, lesões em acidentes rodoviários e dor e sofrimento para as famílias<sup>9</sup>.

## **Quais são as estratégias para reduzir o uso nocivo de álcool?**

É preciso conceber estratégias para reduzir o uso nocivo de álcool para conseguir atingir diversas metas, incluindo atrasar o início do

---

<sup>4</sup> WHO (2007). *Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, WHO Technical Report Series 944*.

<sup>5</sup> WHO (2007). *Ibid.*

<sup>6</sup> WHO (2007). *Ibid.*

<sup>7</sup> WHO (2009). *Op. cit.*

<sup>8</sup> WHO (2008). *Op. cit.*

<sup>9</sup> WHO (2007). *Op. cit.*

consumo de álcool, reduzir o número de pessoas que consomem álcool inadequadamente, minimizar padrões nocivos de consumo de álcool e alterar o comportamento de consumo de álcool<sup>10</sup>. A literatura identifica várias estratégias para reduzir o consumo nocivo de álcool<sup>11, 12, 13</sup>.

- *Reforçar a promoção da saúde, prevenção e educação* para aumentar a consciencialização do público e melhorar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para participar na redução das consequências nocivas do consumo inadequado de álcool. Para que sejam efectivas, é necessário considerar uma compreensão baseada na evidência dos contextos culturais e sociais do consumo de álcool e uma combinação de medidas dirigidas à população em geral e aos grupos vulneráveis (ou seja, jovens e mulheres grávidas).
- *Aumentar a acção baseada na comunidade*, com o envolvimento das diferentes partes interessadas, como líderes da comunidade, organizações religiosas, organizações para a promoção da saúde, associações de consumidores e sindicatos, é uma estratégia efectiva para minimizar os danos relacionados com o consumo de álcool. As acções podem aumentar a percepção da comunidade relativamente aos danos, reduzir a aceitabilidade do uso excessivo de álcool e mobilizar a comunidade contra a venda não regulada e o consumo de álcool.
- *Regular a disponibilidade do álcool* de modo a controlar o consumo e a acessibilidade do álcool. Esta estratégia inclui a

---

<sup>10</sup> Samarasinghe D (2009). *Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do*. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling. Available from Alcohol, Drugs and Development, [www.add-resources.org](http://www.add-resources.org); [www.add-resources.org](http://www.add-resources.org)

<sup>11</sup> WHO (2008). *Op. cit.*

<sup>12</sup> Samarasinghe D (2009). *Op. cit.*

<sup>13</sup> Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) and Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA-CCLAT). (2007, April). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy in Canada*. [http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL\\_NAS\\_EN\\_April3\\_07.pdf](http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf)



regulação da produção e distribuição de bebidas alcoólicas, como uma idade legal mínima de aquisição, horários e dias de venda restritos, restrição das vendas a retalho e da densidade do escoamento, e controlo do preço, publicidade e promoção.

- *Apoiar e decretar uma política para a condução sob o efeito do álcool* para reduzir a condução sob o efeito do álcool, as consequências adversas e a gravidade das colisões rodoviárias. A política tem de ser dirigida a um limite inferior para a concentração de álcool dos condutores e à suspensão das cartas de condução.
- *Reforçar a resposta do sector da saúde* através do envolvimento e formação dos profissionais de saúde na detecção precoce de problemas relacionados com o consumo de álcool e prevenção de patologias mais graves. O tratamento e serviços comunitários para pessoas com perturbações associadas ao uso de álcool são efectivas quando sustentadas por políticas e sistemas adequados e integradas numa estratégia preventiva mais alargada.

## **Quais as acções que os enfermeiros e as Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE) podem realizar?**

Os enfermeiros e as ANE têm um papel importante na redução ou eliminação do uso nocivo de álcool. As ANE podem realizar as seguintes acções:

- Colaborar com o governo, a comunidade e outras organizações para divulgar informação acerca das consequências nocivas do álcool e implementar estratégias para reduzir o consumo inadequado de álcool;
- Apoiar a integração de programas preventivos relacionados com o uso nocivo de álcool no ensino de Enfermagem e na formação contínua;

- Apelar ao governo que desenvolva políticas acerca do álcool, de modo a minimizar os danos através do acesso à prevenção e ao tratamento;
- Envolver-se em investigação relacionada com questões do álcool, como taxas, tendências e impacto da doença; intervenções de Enfermagem dirigidas a grupos de alto risco; obstáculos à implementação de intervenções preventivas; e abordagens de tratamento centradas no doente; e
- Apoiar políticas e intervenções que se baseiem nos direitos humanos.

Os enfermeiros e as ANE podem ser partes interessadas fundamentais no reforço da resposta do sector da saúde contra o uso nocivo de álcool, incluindo serviços de prevenção, tratamento, cuidados e reabilitação.

**Para mais informações contacte: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)**

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação constituída por mais de 130 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo. Gerido por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, e para a implementação de sólidas políticas de saúde a nível global.

*TG/Outubro/2009*

Reservados todos os direitos, incluindo a tradução para outros idiomas.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sob a forma impressa, através de imagens ou de qualquer outra forma, guardada num sistema de armazenamento, transmitida de qualquer forma ou vendida sem a autorização expressa, por escrito, do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN). Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

---

Copyright © 2009 pelo ICN *International Council of Nurses*,  
3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça



## Bibliografia

- Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. *Primary Health Care* Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.
- BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative. [http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci\\_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm](http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm) acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2009, 6, 2258-2270; <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*. <http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions*. *Current Opinion in Psychiatry*. 20(2):152-7, 2007 March acedido na Medline em 3 de Novembro de 2009.
- Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. *Journal of Clinical Nursing* p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.
- International Council of Nurses (2009) *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2007). *International Competencies for Telenursing*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21<sup>st</sup> Century*, Geneva, ICN.
- International Council of Nurses Innovations Database <http://www.icn.ch/innovations/> acedido em 6 de Novembro de 2009.

- International Diabetes Federation (2001). *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*. <http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- International Diabetes Federation (a). *Why you should care*. <http://www.idf.org/why-you-should-care> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- International Diabetes Federation (b) *World Diabetes Day Media Kit* [http://www.idf.org/webdata/docs/World\\_Diabetes\\_Day\\_Media\\_Kit.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/World_Diabetes_Day_Media_Kit.pdf), p24.
- International Diabetes Federation (c). *Prevention*. <http://www.idf.org/prevention> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Model\\_Talk&s=27](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27) acessado em 6 de Novembro de 2009.
- Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Acessado na Medline em 3 de Novembro de 2009.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> 6 de Novembro de 2009.
- The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*. <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health* <http://www.3four50.com/cih/> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf> acessado em 6 de Novembro de 2009.
- Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; publicado antes da impressão em 8 de Julho de 2009, doi:10.2337/dc09-0523 acessado em 7 de Setembro de 2009.

- PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă [www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt](http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt). acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. Practice Nurse Dec 14; 2007 34(10): 14-5.
- Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. Health Education Research Vol.23 no.2 2008, pp 272–286 <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. Journal of Interprofessional Care, January 2008; 22(1): 31 – 44.
- Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. Eurohealth Vol 15 No 1 2009 [http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf) acedido em 6 de Novembro de 2009.
- Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. Nursing Research. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Acedido na Medline em 3 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2009a), Fact Sheet N°312, *Diabetes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 297 *Cancer*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2009d). *Respiratory diseases*. <http://www.who.int/respiratory/en/> acedido em 6 de Novembro de 2009.

- World Health Organization (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks*. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9, 28 August 2009, WHO, Geneva [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1\\_second\\_wave\\_20090828/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html) acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2008a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2008b). *Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, WHO [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf) acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva, WHO [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf) acedido em 6 de Novembro de 2009.
- World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.



3, place Jean-Marteau  
1201 Genebra, Suíça  
Telefone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Avenida Almirante Gago Coutinho, 75  
1700-028 LISBOA  
Tel. + 351 218 455 230  
Fax + 351 218 455 259  
mail@ordemenfermeiros.pt  
[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

