

# ENFERMEIROS: UMA VOZ PARA LIDERAR – SAÚDE PARA TODOS



Photo Credit: - Ryan St. John



## SAÚDE PARA TODOS ENFERMAGEM, SAÚDE MUNDIAL E COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE

DIA INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS 2019  
RECURSOS E EVIDÊNCIAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS





Patrocinador do projeto: Howard Catton  
Autores: David Stewart, Erica Burton, Professor Jill White, Professora Marla Salmon, Amanda McClelland  
Paginação e edição: Lindsey Williamson, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo, Julie Clerget  
Comité de Direção:  
Elisabeth Madigan, diretora executiva, Sigma Theta Tau International  
Kawaldip Sehmi, diretor executivo, Aliança Internacional de Organizações de Doentes (International Alliance of Patients' Organizations — IAPO)  
Walter De Caro, Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere, T. Dileep Kumar, presidente, Conselho de Enfermagem Indiano  
Ellen Ku, presidente, Escola de Enfermagem de Hong Kong  
Michael Larui, diretor nacional de Enfermagem, Ilhas Salomão, presidente do Secretariado do Fórum de Enfermeiros do Pacífico  
Design: Artifex Creative Webnet Ltd.  
Todos os direitos reservados, incluindo a tradução para outras línguas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida na forma impressa, fotocopiada ou qualquer outra; armazenada num sistema de recuperação; transmitida sob qualquer forma ou vendida sem a autorização expressa do Conselho Internacional de Enfermeiros. Poderão ser reproduzidos excertos curtos (menos de 300 palavras) sem autorização, na condição de a fonte ser indicada.  
Copyright © 2019 por ICN — Conselho Internacional de Enfermeiros, 3, Place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça



## HOW TO USE INTERACTIVE CONTENT

Throughout this publication you will find markers similar to above. With your mobile device camera scan the markers and automatically play video content.

To view the content please download any of the QR code readers available from your App Store.

# ÍNDICE

<b>MENSAGEM DA PRESIDENTE DO CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN)</b>	4
<b>PARTE UM Saúde para Todos</b>	5
O desafio que nos é apresentado	5
O que significa a Saúde para Todos?	7
Da Saúde para Todos à Cobertura Universal da Saúde	9
Porque é que os enfermeiros se devem interessar pelos desafios que a saúde mundial enfrenta e que afectam a 'Saúde para Todos'?	11
<b>PARTE DOIS Desafios da Saúde Mundial que Afectam a Saúde para Todos</b>	14
SAÚDE PARA TODOS E A APOSTA DO ICN PARA ESTE ANO	14
Desafio 1 da Saúde Mundial: As doenças que conhecemos e aquelas que não conhecemos: epidemias/pandemias	16
Desafio 2 da Saúde Mundial: Fruto do seu estilo de vida e ambiente doenças não transmissíveis	22
Desafio 3 da Saúde Mundial: Prestar cuidados de saúde relevantes aos pacientes, a preços que os países consigam suportar	27
Desafio 4 da Saúde Mundial: Um mundo em movimento	34
Desafio 5 da Saúde Mundial: A nossa saúde e o nosso bem-estar mental	40
Desafio 6 da Saúde Mundial: Os efeitos da violência nos cuidados de saúde e em todos nós	46
<b>PARTE TRÊS Liderança (Com uma nuance)</b>	52
As raízes da liderança em enfermagem	52
Incursões inovadoras na Saúde para Todos: o trabalho dos enfermeiros e da Enfermagem	54

Photo Credit – Ministry of Health Taiwan

## MENSAGEM DA PRESIDENTE DO CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN)

Todos os anos, o Conselho Internacional de Enfermeiros escolhe um tema para o Dia Internacional dos Enfermeiros, celebrado a 12 de Maio, o dia do nascimento de Florence Nightingale. Nos últimos dois anos, enalteceamos a voz da Enfermagem, com o tema Enfermeiros: Uma voz de liderança. Em 2017, discutimos a importância da voz da Enfermagem para atingir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, e, em 2018, abordámos o direito à saúde. Este ano, debatemos a voz da Enfermagem do ponto de vista da Saúde para Todos.

Diariamente, os enfermeiros de todo o mundo lutam por uma Saúde para Todos, nas condições mais precárias e com recursos limitados, para prestar cuidados de saúde àqueles que deles mais precisam. Isto pode ser observado no Uganda, onde a equipa de Enfermagem se desloca às povoações para dar conselhos básicos, especificamente relativos a higiene e saneamento pessoal e doméstico. Os enfermeiros estabelecem relações de proximidade com a comunidade e colaboram com o profissional de saúde da povoação. Pode ainda ser observado nos Estados Unidos, onde os enfermeiros estabelecem parcerias com assistentes sociais para desenvolver relações sólidas com a comunidade, bem como o seu conhecimento específico local, por forma a prestar cuidados de saúde e serviços coordenados de alta qualidade a indivíduos que se debatem com situações de desalojamento, de dependência e em transição de regimes de reclusão.

Os enfermeiros, que são os profissionais que estão mais próximos dos pacientes, estão também a levar as suas vozes para a discussão política. A primeira Reunião de Alto Nível da ONU (RAN) sobre a Cobertura Universal da Saúde (CUS) terá lugar na Assembleia-Geral da ONU (AGONU) de 2019. Esta é uma oportunidade para os enfermeiros fazerem ouvir a sua voz. Precisamos de estar preparados, e este documento onde estão descritos recursos e evidências ajudará os enfermeiros de todo o mundo a perceberem os diversos aspectos da cobertura universal da saúde, bem como o papel dos

enfermeiros.

O ICN acredita que os enfermeiros, enquanto parte de uma equipa multidisciplinar, podem criar sistemas de saúde que tenham em conta os determinantes sociais, económicos, culturais e políticos da saúde. Podemos combater as desigualdades ao nível da saúde e, através de uma reorientação para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, utilizando uma abordagem à saúde da população, podemos melhorar a saúde de todos em toda a parte.

E, por último, acreditamos que chegou o momento certo para os enfermeiros afirmarem a sua liderança. Sendo a profissão do sector da saúde que conta com mais profissionais em todo o mundo, que trabalham em todas as áreas onde os cuidados de saúde são prestados, a Enfermagem tem um vasto potencial e valor, se adequadamente orientada, para alcançar o objectivo principal da Saúde para Todos.



**Annette Kennedy**

Presidente do Conselho Internacional de Enfermeiros

# PRIMEIRA PARTE: SAÚDE PARA TODOS



**"Não existe bem mais precioso no mundo do que a saúde."**

— Tedros Adhanom Ghebreyesus,  
Director-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>

A 12 de Setembro de 1978, 134 países reuniram-se na então Alma-Ata (actualmente, cidade de Almaty), no Cazaquistão, na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este evento marcou um ponto de viragem importante na história da saúde pública, e foi o primeiro deste tipo a levar o governo, os profissionais de saúde, os agentes do desenvolvimento e a comunidade mundial a assumirem o compromisso de protegerem e promoverem a saúde da população mundial através de uma abordagem aos CSP.<sup>2</sup>

A declaração foi clara e inequívoca nas mensagens que transmitiu: visava prestar apoio aos líderes comunitários no planeamento da saúde, na redução do elitismo na medicina moderna e no combate às desigualdades sociais, para que se obtivessem melhores resultados na saúde.<sup>3</sup> Foi nessa altura que a "Saúde para Todos" foi, pela primeira vez, estruturada com orientações gerais e acções.

Na sua essência, a Declaração de Alma-Ata afirmava que as melhorias em saúde só poderiam ser obtidas através da combinação da ciência da saúde com medidas económicas e políticas sólidas e acções contra as injustiças sociais. Ali se declarava sem receios que "a Saúde é um Direito Humano". Enquanto houver desigualdade e injustiças, a "Saúde para

Todos" não será alcançada.

Quarenta anos depois, as mensagens incluídas na Declaração de Alma-Ata continuam a ser relevantes. Ainda que se tenham registado avanços em algumas áreas desde 1978, assistimos a uma mudança na amplitude das vulnerabilidades em matéria de saúde. As alterações nos estilos de vida e no ambiente criaram novos desafios para a saúde: actualmente, as doenças crónicas matam mais pessoas do que as doenças infecciosas. Mantêm-se as desigualdades sociais e a exclusão política, e o fosso entre ricos e pobres aumentou. Globalmente, tornámo-nos mais conectados através das viagens, e com o intercâmbio cultural e comercial. O que levou a novos interesses comerciais nos sectores da alimentação, do álcool e do tabaco que, muitas vezes, comprometem os esforços e complicam as respostas dos países em reduzir as taxas de doenças não transmissíveis. Como tal, a Saúde para Todos não é um ponto de chegada, mas um apelo à tomada de medidas no domínio da justiça social, com o princípio fundamental da busca por melhores condições de saúde para a população a ser aplicado por todos os países e pela comunidade internacional.

## O DESAFIO QUE NOS É APRESENTADO

Ainda que se verifiquem feitos significativos em todo o mundo no que ao avanço da medicina e ao avanço tecnológico concerne, há crescentes disparidades entre países e dentro dos mesmos no que respeita à melhoria da saúde. As abordagens biomédicas e tecnológicas para a saúde têm limitações na melhoria, especialmente quando a saúde é considerada na sua totalidade, como "bem-estar físico, mental e social".<sup>4</sup> Com efeito, poder-se-ia argumentar que uma abordagem à saúde através do modelo biomédico levou a que se negligenciassem os restantes determinantes da saúde.

Este facto foi referido na Comissão de Alto Nível da Organização Mundial de Saúde, que teve lugar recentemente, sobre doenças não transmissíveis (DNT), também conhecidas por doenças crónicas. De acordo com as informações relatadas na Comissão, se o *status quo* se mantiver, a intenção dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de reduzir em 30% a morte prematura provocada pelas DNT até 2030 não será cumprida. A Comissão afirmou que a principal razão para tal é o facto de "muitos compromissos políticos não estarem a ser implementados. Os países não estão no caminho certo para cumprir o objectivo delineado. As medidas levadas a cabo pelos países são, na melhor das hipóteses, desiguais. Os investimentos nacionais continuam a ser lamentavelmente pequenos, e não são mobilizados fundos suficientes a nível internacional".<sup>5</sup> Para que a mortalidade prematura seja reduzida, dever-se-á seguir a premissa da

"saúde em todas as políticas, em todos os governos, em todas as sociedades na abordagem dos determinantes sociais da saúde, incluindo os do estilo de vida e do ambiente". No entanto, no relatório afirma-se que existe uma "falta de vontade política, de compromisso, de capacidade e de tomada de medidas relativamente às DNT." O relatório conclui que, para o sucesso ser alcançado, estas actividades deverão ser enquadradas numa abordagem centrada nos direitos humanos.

O desafio não se limita às DNT. Tal como os dados o demonstram, no século XX (figura 4), a saúde e o bem-estar foram afectados por desastres, pela pobreza, por doenças infecciosas, pela guerra e por outros factores humanitários.

Para que os governos e os serviços de saúde pudessem tirar o melhor partido dos recursos finitos de que dispunham, era necessário tomar decisões difíceis. Os enfermeiros encontram-se na posição ideal para liderar e informar a tomada de decisões e o desenvolvimento de políticas por parte dos serviços de saúde, dado o papel de defensores do paciente que assumiam, dadas as respectivas competências de desenvolvimento de raciocínio Científico, e dada a quantidade e variedade de cuidados que prestavam ao longo do ciclo de vida, e no âmbito dos cuidados continuados.



## Estudo de Caso

Fotografia Credit – Cyrus Batheja

# PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS UTILIZADORES FREQUENTES QUE SE ENCONTRAM NUMA SITUAÇÃO DE DESALOJAMENTO, TOXICODEPENDÊNCIA E EM TRANSIÇÃO DE REGIMES DE RECLUSÃO

## – Dr. Cyrus Batheja, USA

O paradoxo "gastar mais, obter menos" que subjaz aos cuidados médicos dos Estados Unidos da América está bastante documentado. O subinvestimento nos serviços sociais e a má coordenação dos apoios estão na base de um sistema fragmentado que não consegue produzir resultados aceitáveis no que respeita aos pacientes. O impacto financeiro e não-financeiro de cuidados de saúde ineficazes aos indivíduos com situações mais complexas afecta o estado e as comunidades locais em qualquer parte do mundo. Os determinantes sociais da saúde têm um impacto profundo nos resultados respeitantes à saúde, aumentando os custos inerentes aos cuidados de saúde. Para alcançar os melhores resultados quanto aos indivíduos com situações mais complexas, é necessário tratar dos desafios sociais que subjazem à saúde. São também necessários modelos especializados de cuidados que apoiem os pacientes tradicionalmente marginalizados.

A UnitedHealthcare reconheceu os desafios que milhares de americanos enfrentam e desenvolveu uma solução local chamada *myConnections*, que presta apoio aos utentes frequentes das urgências hospitalares que são afectados pelo desalojamento, pela toxicodependência e pela transição de regimes de reclusão. Através de uma solução biopsicossocial baseada na evidência que integra cuidados de saúde e serviços sociais para transformar vidas humanas, as equipas trabalham em clusters comunitários para, em conjunto, conseguirem proporcionar habitação de alta qualidade e serviços que se baseiam na evidência sobre trauma para melhorar os resultados e diminuir a utilização ineficiente de cuidados de saúde destinados a pacientes de alto risco e de alto custo. Com foco nos determinantes sociais da saúde, a *myConnections* desenvolve relações comunitárias e conhecimento específico local de grande profundidade para fazer chegar cuidados de saúde de alta qualidade e serviços coordenados para os indivíduos com

condições mais complexas.

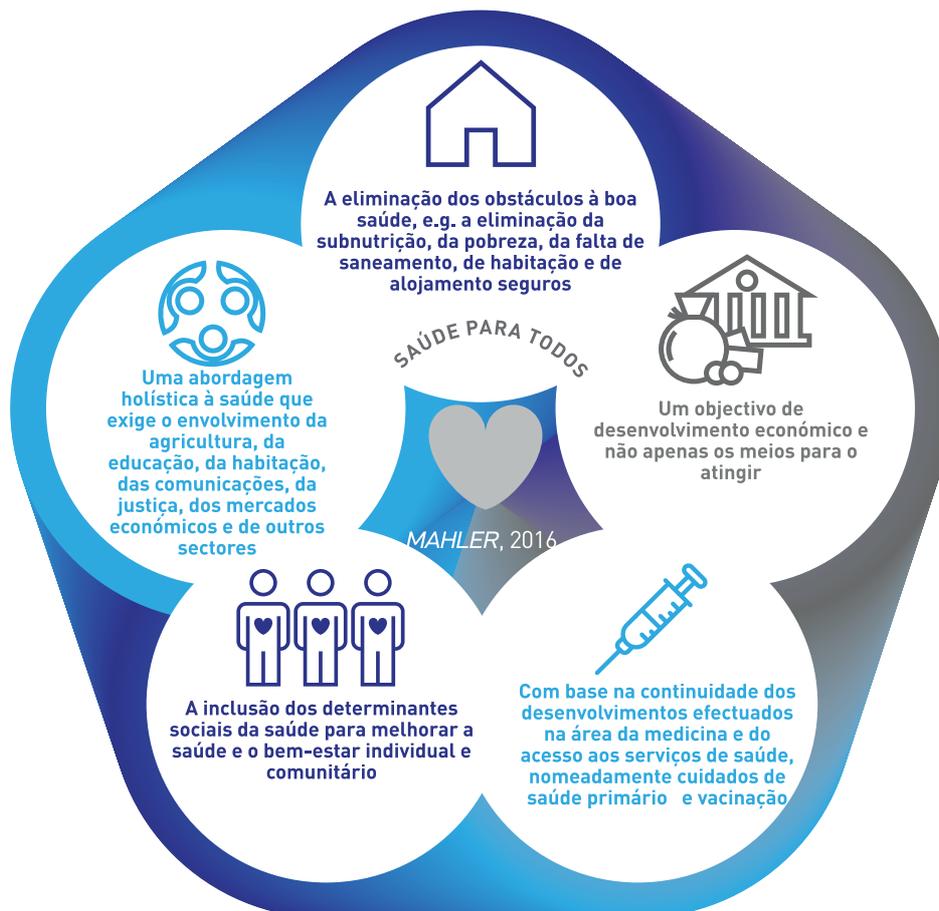
Através da utilização de dados referentes a pedidos médicos internos, a *myConnections* criou uma técnica com base em dados destinada a subgrupos cruciais de entre os pacientes/membros em situação mais complexa no país inteiro. Através desta abordagem, a *myConnections* identificou mais de 25 000 pacientes sem-abrigo, visando 10% dos mais desfavorecidos.

O modelo de cuidados de saúde da *myConnection* envolve parcerias diádicas entre assistentes sociais e enfermeiros que criam ligações com os pacientes e constroem um programa personalizado com base nos pontos fortes e nos desejos do paciente. A díade trabalha em estreita colaboração com o paciente no sentido de o levar a alcançar alojamento seguro, que é fornecido a baixo custo ou a custo zero durante 12 a 24 meses. Trabalham também orientados para os serviços de saúde comportamental de elite, como sejam a terapia comportamental dialéctica, a terapia medicamentosa assistida e os cuidados primários sensíveis à situação de trauma. A abordagem inclui entrevistas motivacionais e psicologia positiva. Além disso, a díade também ajuda a que se desenvolvam esforços no sentido dos direitos sociais, como sejam os rendimentos mínimos sociais e vales de alimentação e habitação para criar auto-suficiência a longo prazo.

## O QUE SIGNIFICA A SAÚDE PARA TODOS?

"Saúde para Todos significa que a saúde está ao alcance de todos num determinado país." Neste contexto, saúde não significa apenas a disponibilidade de serviços de saúde, mas um estado completo de saúde física e mental que permite a uma pessoa levar uma vida produtiva do ponto de vista social e económico.<sup>6</sup>

Figura 1 "Saúde para todos" é (Mahler, 2016) <sup>6</sup>



É neste enquadramento que a saúde é vista como um direito humano, onde o desenvolvimento social e os factores económicos são predeterminantes da Saúde para Todos. A tónica é colocada na protecção e promoção da saúde, o que inclui a eliminação da exclusão social e das disparidades na saúde. O que, por sua vez, tem efeitos positivos no desenvolvimento económico e social e na paz mundial. As evidências que provam este facto foram publicadas pela Comissão Lancet, que descobriu que cada dólar investido a partir de agora até 2035 teria um retorno entre 9 e 20 dólares.<sup>7</sup>

Os enfermeiros estão na vanguarda da promoção dos direitos dos consumidores, vendo-os como um direito humano e um dever para as pessoas participarem em grupo ou individualmente no planeamento e na implementação dos respectivos cuidados. O Código de Ética do ICN afirma que "o respeito pelos direitos humanos é inerente à enfermagem, incluindo os direitos

culturais, o direito à vida e à escolha, à dignidade e a ser-se tratado com respeito. Os cuidados de enfermagem têm por base o respeito e não têm restrições relativamente à idade, cor, credo, cultura, deficiência ou doença, género, orientação sexual, nacionalidade, política, raça ou estatuto social. Os enfermeiros prestam serviços de saúde ao indivíduo, à família e à comunidade e coordenam os serviços que prestam a estes. A necessidade de Enfermagem é universal".<sup>8</sup>

Os ideais e os elementos fundamentais do programa Saúde para Todos anunciados em 1978 ainda não foram alcançados. No entanto, registam-se progressos significativos para alcançá-los. Na sequência do entendimento dos países relativamente aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estão a ser tomadas medidas na direcção certa para enfrentar os flagelos do nosso tempo.



## Case Study

Photo Credit – Kartika Kurnisari

### ESTUDO DE CASO: *RACHEL HOUSE* — PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS À COMUNIDADE Indonésia

Em toda a Indonésia, existem 1200 novos casos de cancro em pacientes com menos de 18 anos, bem como um grande número de crianças com VIH/SIDA. Isto realça a enorme necessidade de cuidados paliativos na área da pediatria.<sup>9</sup>

Motivada pelo desejo de fazer face à falta de serviços de cuidados paliativos pediátricos, e com uma visão para uma Indonésia onde nenhuma criança terá de viver ou morrer em sofrimento, estabeleceu-se a *Rachel House* como a primeira unidade de serviço de cuidados paliativos pediátricos. A maioria dos pacientes da *Rachel House* vêm de comunidades marginalizadas, onde os seus pais ganham um rendimento diário de cerca de três a cinco dólares. Isto significa que, no caso de as crianças terem de ser hospitalizadas e não puderem ficar em casa, a família não terá dinheiro para se alimentar. Em resposta a esta dura realidade, os enfermeiros trocaram os seus uniformes por capacetes e casacos de motociclistas para poderem viajar pelas ruas muito movimentadas de Jacarta para prestar cuidados paliativos à comunidade.

Os enfermeiros foram os responsáveis pelo desenvolvimento deste serviço fundamental. Altamente qualificados e com competências para realizar avaliações físicas e psicossociais dos pacientes, os enfermeiros passam tempo com as crianças e respectivas famílias para terem conhecimento das suas histórias e das circunstâncias sociais em que se encontravam antes e depois da doença. Os enfermeiros procuram entender a criança, em primeiro lugar, como ser humano e não apenas como um paciente com sintomas. Isto gerou uma enorme compaixão entre os enfermeiros e, mais importante, uma crescente dedicação para com

aqueles que servem.

Foi criada uma equipa multidisciplinar para prestar cuidados às crianças. Os enfermeiros, que estão na base desta equipa, tomaram medidas para construírem redes de apoio à volta das casas das crianças: mobilizaram o apoio dos voluntários de saúde da comunidade local formados pela *Rachel House*; contactaram e prepararam as autoridades de cuidados primários da área; asseguraram a disponibilidade da medicação necessária nas farmácias locais; e tomaram medidas, em conjunto com ONG parceiras, para que se prestasse apoio nutricional e social às crianças. A equipa trata também de prestar esclarecimentos às comunidades no sentido de aumentar a sensibilização para a importância dos cuidados paliativos entre o público e os profissionais de saúde, bem como aumentar a capacidade de gestão da dor e dos sintomas.

Em 12 anos de funcionamento, a *Rachel House* cuidou de cerca de 3000 crianças e respectivas famílias. Considerados líderes nacionais no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos no domicílio, os enfermeiros são frequentemente convidados a partilhar o seu conhecimento com o pessoal hospitalar em toda a Indonésia. Além disso, a *Rachel House* oferece actualmente formação em cuidados paliativos de acordo com os padrões internacionais para enfermeiros e presta apoio a hospitais interessados em desenvolver serviços integrados de cuidados paliativos. A *Rachel House* está empenhada em construir um ecossistema de cuidados paliativos em toda a Indonésia, para ajudar a garantir que a gestão da dor e dos sintomas está disponível e acessível a todos para prevenir e aliviar o sofrimento.<sup>10</sup>

## DA SAÚDE PARA TODOS À COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE



**"Sabemos que, quando a cobertura universal de cuidados de saúde for alcançada, a pobreza diminuirá, serão criados empregos, as economias crescerão e as comunidades ficarão protegidas contra os surtos de doenças. Sabemos também que as oportunidades económicas das mulheres progredirão, e que a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos acompanharão esta evolução."**  
**Director-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.<sup>11</sup>**

A Cobertura Universal de Saúde (CUS) aborda a visão da Saúde para Todos com mais profundidade do que a declaração original de Alma-Ata. A principal razão para isso é que disponibiliza uma abordagem mais abrangente aos serviços de saúde fundamentais (não se cingindo aos CSP) e tem em consideração a vertente financeira inerente aos mesmos. Há, contudo, actualmente uma lacuna na CUS que não existe na declaração original de Alma-Ata: a falta de atenção ao envolvimento da família e da comunidade nas decisões relativas a cuidados de saúde. Os próximos passos e desafios para a CUS nos próximos anos serão capacitar as pessoas e as comunidades de

competências para que se envolvam na tomada de decisões para criar um sistema de saúde mais humano, auto-suficiente e menos oneroso financeiramente.<sup>12</sup>

### Cobertura Universal da Saúde

"O conceito de Cobertura Universal da Saúde (CUS) diz respeito ao facto de todas as pessoas e comunidades poderem usar os serviços de saúde de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e paliativos de que necessitam, e que estes tenham qualidade suficiente para serem eficazes, com a garantia de que a utilização destes serviços não expõe o utilizador a dificuldades financeiras."<sup>13</sup>

Embora a Declaração de 1978 de Saúde para Todos em 2000 tenha sido assinada com o apoio esmagador dos governos, o momento rapidamente se esfriou. Foram necessários mais de 20 anos desde a assinatura da declaração inicial para que o movimento recomeçasse, devido à influência dos desafios enfrentados pela saúde mundial, como o VIH/SIDA e a tuberculose. Depois, em 2005, os países comprometeram-se a reformar os mecanismos financeiros de modo a melhorar o acesso aos serviços de saúde. Este compromisso foi cumprido oito anos mais tarde, na 67.ª Assembleia-Geral das Nações Unidas, com uma resolução apoiando a CUS.<sup>12</sup>

**Figura 2: Três objectivos da CUS que se relacionam**

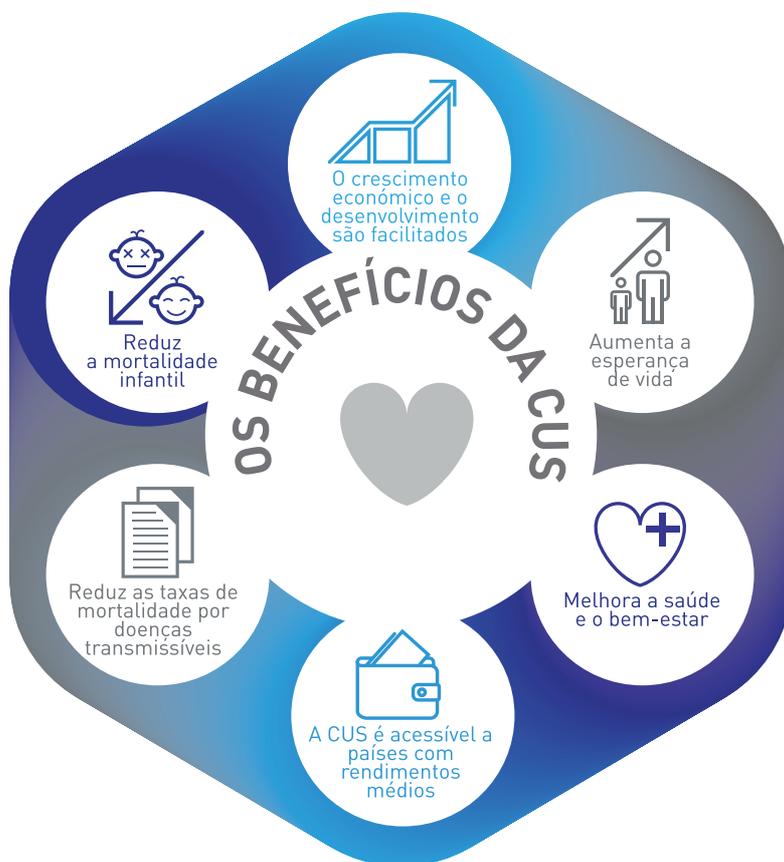


A qualidade dos serviços de saúde deve ser suficientemente boa para melhorar a saúde dos que recebem estes serviços.

A igualdade no acesso aos serviços de saúde — todos os que precisam de serviços devem poder obtê-los, e não apenas aqueles que podem pagar por eles.

As pessoas devem estar protegidas contra o risco financeiro, devendo garantir-se que o custo da utilização dos serviços não coloca as pessoas em risco de danos financeiros.

**Figura 3: Os benefícios da CUS**



## PORQUE É QUE OS ENFERMEIROS SE DEVEM INTERESSAR PELOS DESAFIOS QUE A SAÚDE MUNDIAL ENFRENTA E QUE AFECTAM A 'SAÚDE PARA TODOS'?

De acordo com o âmbito da sua prática, os enfermeiros prestam cuidados adequados, acessíveis e baseados na evidência. Os enfermeiros trabalham de forma independente, integrados em equipas multidisciplinares e participam em relações intersectoriais no sentido de:

- dar prioridade às pessoas mais necessitadas e abordar as desigualdades no domínio da saúde;
- maximizar a auto-suficiência, a participação e o controlo a nível comunitário e individual;
- assegurar a colaboração e a parceria entre outros sectores para promover e maximizar a saúde.



### Defensor e prestador de cuidados a indivíduos e comunidades.

Os enfermeiros respondem às necessidades de saúde dos indivíduos, das comunidades e do mundo. Parte desta equação é a proximidade do papel dos enfermeiros com as pessoas. Os enfermeiros podem e efectivamente trabalham com indivíduos e comunidades, e estão na melhor posição para desenvolver sistemas de saúde melhor equipados para atender às necessidades de saúde das populações.



### Profissionais qualificados com potencial para fomentar a Saúde para Todos.

Os enfermeiros têm sido a classe profissional que tem promovido a saúde pública e defendido os direitos de todos, incluindo os mais vulneráveis do mundo. Fazem-no prestando cuidados durante todo o ciclo de vida e educando a comunidade para que alcance uma melhor saúde e bem-estar. Sendo a profissão do sector da saúde que conta com mais profissionais em todo o mundo, que trabalham em todas as áreas onde os cuidados de saúde são prestados, a Enfermagem tem um vasto potencial e valor, se adequadamente orientada para alcançar o objectivo principal da Saúde para Todos.

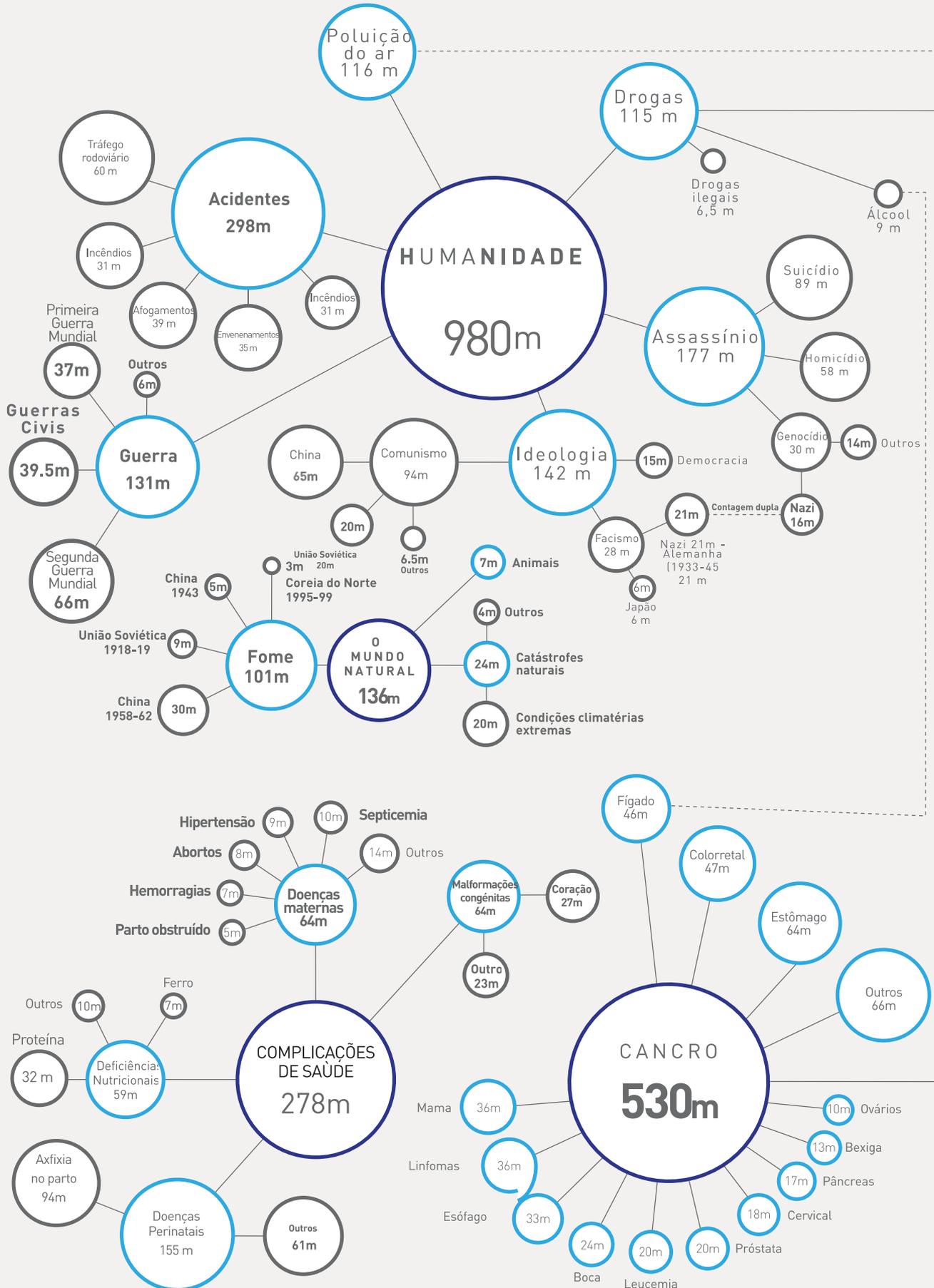


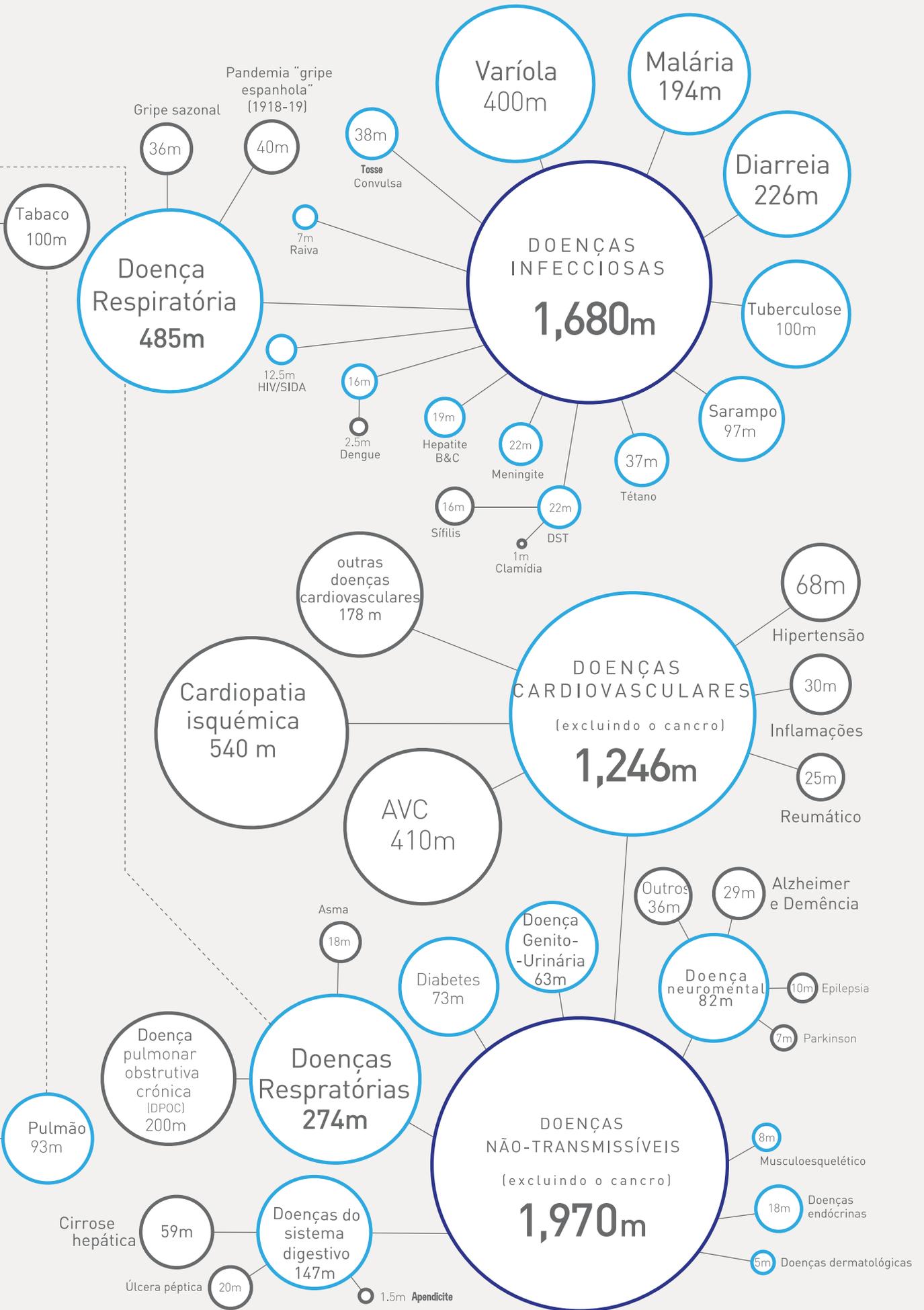
### O mundo está à procura de formas para alcançar a Saúde para Todos.

A Declaração de Alma-Ata falhou na sua tentativa de prestar "Saúde para Todos." Quarenta anos depois, metade da população mundial não tem acesso a serviços de saúde essenciais.<sup>14</sup> A predominância de uma "abordagem à saúde pela ausência de doença" e a importância do modelo médico implicam que a "Saúde para Todos" nunca seja alcançada. O envelhecimento das populações e a alteração dos padrões de doença exigem uma abordagem diferente à saúde, que considere um modelo holístico centrado nas pessoas. Este enquadramento está no centro da Enfermagem e está associado ao crescente corpo de conhecimentos científicos da Enfermagem e ao alargamento do âmbito da prática (por exemplo, potencial para prescrever, realizar intervenções e referências etc.).

Os enfermeiros, como parte de uma equipa multidisciplinar e intersectorial colaborativa, têm competência para criar um sistema de saúde que tenha em conta os determinantes sociais, económicos, culturais e políticos da saúde, as desigualdades na saúde, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e os cuidados aos doentes, o desenvolvimento comunitário, a defesa, a reabilitação, as tomadas de medidas intersectoriais e as abordagens à saúde da população.<sup>15</sup>

**Figure 4: Causas da mortalidade no século XXI<sup>16</sup>**  
 A informação é bela (2012)





## PARTE DOIS

# DESAFIOS DA SAÚDE MUNDIAL QUE AFETAM A SAÚDE PARA TODOS



"A maior riqueza é a saúde." — Virgil

## SAÚDE PARA TODOS E A APOSTA DO ICN PARA ESTE ANO

A Declaração de Alma-Ata previa uma nova forma de apoiar a saúde. Reconhecia, além do acesso a serviços de saúde de qualidade, a importância dos factores sociais, económicos e ambientais que afectam a saúde dos indivíduos e das populações. A Declaração afirmava também que todas as pessoas em todos os países têm o direito fundamental à saúde e que os governos são responsáveis por defender e preservar esse direito.<sup>17</sup>

Na série de publicações no âmbito do Dia Internacional dos Enfermeiros, "Enfermeiros: uma voz de liderança",

focámo-nos em ambos os elementos: os determinantes sociais da saúde (Alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável – 2017) e o acesso aos serviços de saúde (A Saúde é um Direito Humano – 2018). Visto ter sido este o último desta série constituída por três partes, considerámos ambos os elementos relacionando-os com alguns dos principais desafios da saúde mundial do nosso tempo e demonstrámos o importante papel da Enfermagem na melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos, das comunidades e do mundo.

Figura 5: **Desafios da Saúde Mundial que Afectam a Saúde para Todos**



01

As doenças que conhecemos e aquelas que não conhecemos

02

- Epidemias/pandemias  
Fruto do nosso estilo de vida e ambiente

03

- Doenças não transmissíveis  
Prestar cuidados de saúde relevantes aos pacientes, a preços que os países consigam suportar — cuidados de saúde baseados em valor

04

Um mundo em movimento — a saúde dos migrantes

05

A nossa saúde e o nosso bem-estar mental

06

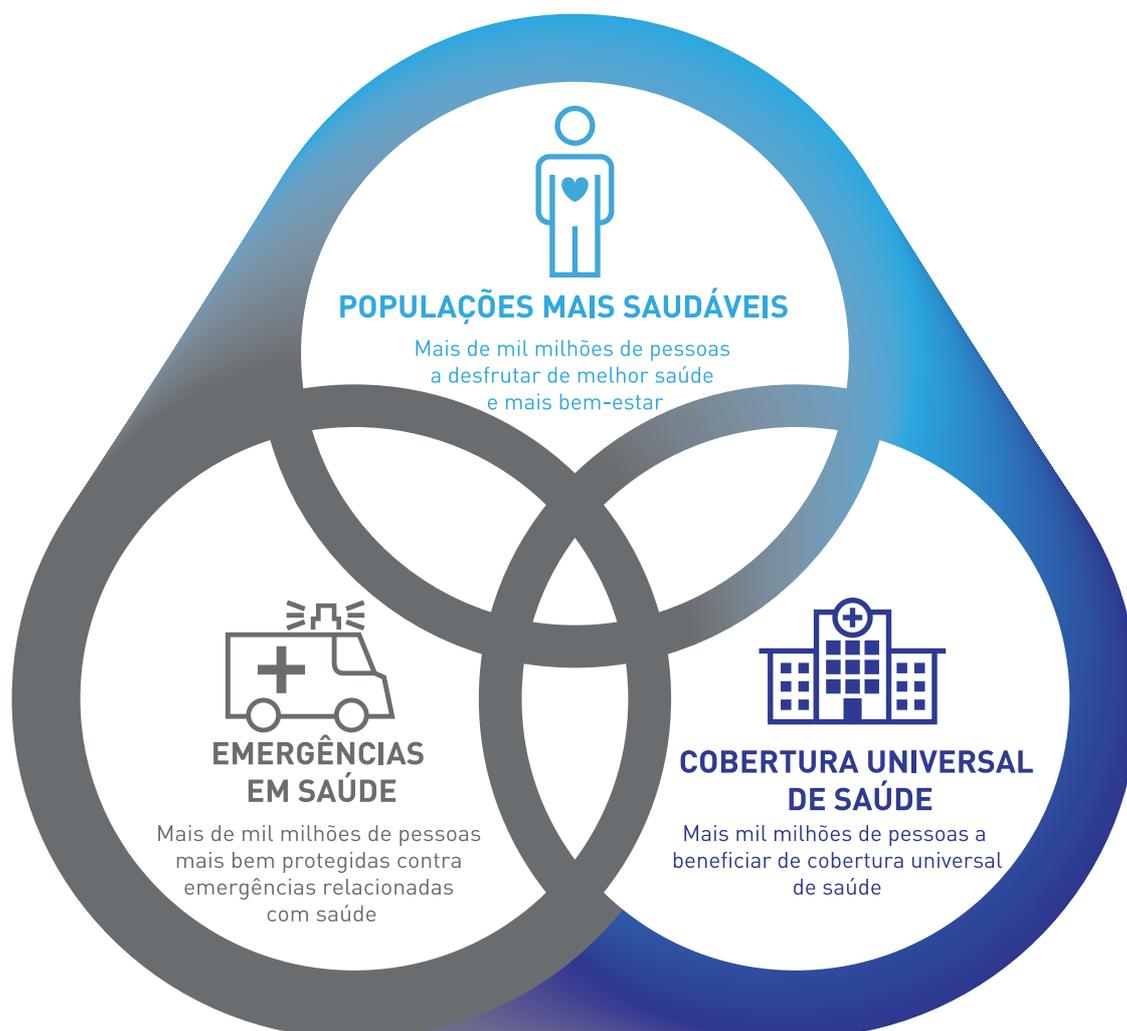
Os efeitos da violência nos cuidados de saúde e em todos nós

Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) fornecem foco estratégico e coerência para a segurança da saúde mundial, da CUS e da saúde da população. Dão ênfase à importância de dar seguimento às prioridades de uma forma integrada, uma vez que todas estão interligadas. Como tal, o plano de trabalho da OMS para os próximos anos tem três prioridades estratégicas agora também conhecidas como os objectivos dos três mil milhões.

1. Mais de mil milhões de pessoas a beneficiarem da CUS
2. Mais de mil milhões de pessoas melhor protegidas contra emergências de saúde
3. Mais de mil milhões de pessoas a desfrutar de melhor saúde e mais bem-estar



**Figura 6: Conjunto de prioridades e objectivos estratégicos interligados para garantir uma vida saudável e promover o bem-estar de todos, em todas as idades, do Programa Geral de Trabalho da OMS 2019-2023<sup>11</sup>**



## DESAFIO 1

# DA SAÚDE MUNDIAL: AS DOENÇAS QUE CONHECEMOS E AS QUE NÃO CONHECEMOS: EPIDEMIAS/PANDEMIAS



**"As epidemias do outro lado do mundo são uma ameaça**

**para todos nós. Nenhuma epidemia é apenas local."**

**Professor. Peter Pilot, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Codescobridor do Ébola em 1976**

Entre as várias emergências de saúde pública de grande escala, o surto de doenças infecciosas é uma das ameaças mais iminentes que o público em geral enfrenta.<sup>18</sup> A frequência com que ocorreram surtos e epidemias de doenças infecciosas demonstra a ameaça à saúde pública para as comunidades, bem como a necessidade de dispor de sistemas de saúde fortes e resistentes. As doenças infecciosas podem surgir a qualquer momento e em qualquer lugar, mas a potência destas é maior quando existem sistemas de saúde enfraquecidos e desprevenidos. Nos últimos anos, ocorreram surtos de doenças infecciosas em todo o mundo, sem aviso prévio. Entre estes, inclui-se o do vírus Ébola, na África Ocidental; o da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), na Coreia; o da Cólera, no Iémen; ou o Surto de Peste Bubónica em Madagascar.<sup>19</sup>

Estes surtos não são novos. 2018 marcou o 100.<sup>o</sup> aniversário do início da grande pandemia de gripe de 1918 (conhecida como a gripe espanhola). Ainda que as estimativas variem, as mortes directamente atribuídas à gripe foram entre 50 e 100 milhões de pessoas. Isso representava, na época, 5% da população mundial. Cerca de 500 milhões de pessoas foram infectadas (1/3 do mundo).<sup>20</sup>



**"Se me perguntar as três coisas que Filadélfia mais precisa para vencer a epidemia, eu diria: enfermeiros, mais enfermeiros e ainda mais enfermeiros.**

**"funcionário de Filadélfia, 1918-21"**

A pandemia de gripe ocorreu durante a Primeira Guerra Mundial, quando os sistemas de saúde estavam mais enfraquecidos. Os enfermeiros e o pessoal médico foram escoados dos sistemas de saúde de todo o mundo, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde qualificados foram utilizados para apoiar o esforço de guerra na Europa (por exemplo, 80% dos enfermeiros da Costa Leste dos

EUA).<sup>21</sup> Isto levou a uma grande escassez de enfermeiros. À medida que a gripe continuava a espalhar-se com efeitos devastadores, os enfermeiros cuidavam de entre 50 a 60 pacientes por dia. Os vizinhos e até mesmo os familiares resistiam, muitas vezes, a ajudar os doentes, temendo que pudessem também ficar infectados. Em última análise, foram os enfermeiros que estiveram na linha da frente até ao fim.

Como resposta à escassez de mão de obra na área da saúde durante este período, várias partes do mundo deram início a diferentes percursos de formação de profissionais de saúde.

Aos "registered nurses" juntaram-se os "practical nurses", que receberam um curso de formação de curta duração, de seis meses. Os factos evidenciados parecem indicar que os pacientes dos trabalhadores e dos voluntários com menos formação tiveram maiores taxas de infecção e piores resultados.<sup>22</sup>

Há evidências claras de que os cuidados de Enfermagem eram de importância crucial e eram o indicador mais claro de sobrevivência.<sup>21</sup>

À medida que o mundo e as suas economias se tornam cada vez mais globais, incluindo as viagens e o comércio internacionais, temos de considerar a saúde num contexto global. A gripe espanhola demorou 18 meses a disseminar-se pelo mundo inteiro. Hoje em dia, uma infecção tem potencial para viajar de uma aldeia remota de um qualquer lugar do mundo para uma qualquer cidade importante em 36 horas.<sup>23</sup> Os surtos podem começar quando há sistemas de saúde enfraquecidos e recursos limitados, mas o agente patogénico pode rapidamente espalhar-se e ser uma ameaça para qualquer país.

O Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) afirma: "embora não possamos prever exactamente quando ou onde começará a próxima epidemia ou pandemia, sabemos que estará a chegar".<sup>23</sup> Há notícias frequentes do aparecimento ou reaparecimento de uma doença infecciosa algures no mundo. No Relatório Mundial da Saúde de 2007 intitulado "Um Futuro mais Seguro: segurança global da saúde pública no século XXI"<sup>24</sup> afirma-se que "desde a década de 70 do século XX, as novas doenças emergentes foram identificadas a uma taxa sem precedentes: uma ou mais por ano."

**80%**

dos países avaliados não estão preparados para uma epidemia.<sup>25</sup>

Existem muitos riscos de que ocorram surtos e se espalhem muito rapidamente dentro dos países e além-fronteiras. Entre as razões para tal, incluem-se as seguintes:

- aumento do risco de "contágio" de agentes patogénicos infecciosos dos animais para o ser humano;
- desenvolvimento de resistência antimicrobiana;
- propagação de doenças infecciosas através de viagens e comércio globais;
- actos de bioterrorismo;
- infra-estruturas de saúde pública débeis<sup>23</sup>.

A prevenção da próxima epidemia e pandemia exige:

- **sistemas de vigilância** para detectar e comunicar casos rapidamente;
- **redes de laboratórios** para identificar com precisão a causa da doença;
- **Uma mão de obra qualificada e competente** para identificar, acompanhar, gerir e controlar surtos;
- **sistemas de gestão** de emergências para coordenar uma resposta eficaz;
- **acesso** a medicamentos seguros, eficazes e acessíveis;

## 6 biliões de dólares

As estimativas mostram que as pandemias terão provavelmente um custo superior a seis biliões de dólares no próximo século, com uma perda esperada anual de mais de 60 mil milhões de dólares para potenciais pandemias. No entanto, o investimento de 4,5 mil milhões de dólares anualmente na construção de capacidades globais poderia evitar estes custos catastróficos.<sup>23</sup>

## Segurança da saúde mundial: Todas os enfermeiros têm um papel a desempenhar.

Quando a pneumonia atípica (SARS) atacou há 15 anos, os profissionais de saúde da linha da frente — especialmente os enfermeiros — estiveram no centro da epidemia. O elevado número de enfermeiros que contraíram e morreram de SARS deveu-se ao seu posicionamento enquanto prestadores de cuidados de saúde mais próximos dos pacientes infectados, muitas vezes sem medidas adequadas de controlo da infecção para evitar a propagação do que acabou por ser um novo vírus altamente infeccioso e facilmente transmissível.

A compreensão inicial da importância do controlo de infecções em ambientes de saúde remonta a 1858, quando Florence Nightingale defendeu a necessidade de "não fazer mal aos doentes". Desde então, o conhecimento e a prática do controlo de infecções melhoraram vertiginosamente, mas continuam a existir lacunas substanciais, especialmente na linha da frente dos cuidados de saúde. Quando a epidemia do Ébola na África Ocidental surgiu em 2014, a taxa de mortalidade era desproporcionalmente pesada e incidia sobre os enfermeiros e outros profissionais de saúde da linha da frente. Mais de 500 morreram por causa do Ébola durante o surto.<sup>26</sup> As lições aprendidas com a SARS e inúmeras epidemias anteriores ainda não tinham sido plenamente aplicadas, especialmente em contextos com poucos recursos, com o mesmo resultado trágico para os profissionais de saúde.

Em parte catalisada pela enorme perda de vidas pela epidemia do Ébola, existe uma renovada dinâmica mundial para melhorar a capacidade dos países encontrarem, pararem e prevenir surtos de doenças infecciosas. Com um novo agente patogénico identificado, em média, todos os anos, a existência de uma próxima epidemia não é uma questão de "se", mas "quando". Uma pandemia global poderia provocar a morte de milhões de pessoas, bem como representar mais de 600 mil milhões de dólares em custos de

saúde e perdas económicas, e, com este cenário, seriam precisos anos para que o mundo recuperasse completamente. É evidente que precisamos de estar mais bem preparados, especialmente nos locais que serão, provavelmente, os primeiros a serem atingidos, e de forma mais severa, por um surto de doenças infecciosas.

Considerando que uma ameaça de doença num determinado lugar representa uma ameaça em qualquer lugar, a segurança da saúde mundial reconhece que é responsabilidade do mundo ajudar os países a reforçarem a respectiva capacidade de encontrar, parar e prevenir as ameaças de doenças infecciosas. É por isso que, até à data, 86 países concluíram a Avaliação Externa Conjunta (JEE — *Joint External Evaluation*), um processo voluntário, colaborativo e multisectorial que avalia a capacidade de cada país participante encontrar, parar e prevenir riscos para a saúde pública. A JEE ajuda os países a identificarem as principais lacunas existentes nos seus sistemas de saúde no sentido de reforçar a capacidade de estes se prepararem e responderem a ameaças à saúde. Destes 86 países, a grande maioria não está preparada para enfrentar totalmente as ameaças de doenças infecciosas.<sup>28</sup>

É fundamental colmatar estas lacunas quanto à preparação, e a mão de obra de cuidados de saúde que está na linha da frente é uma peça central para tal suceder. É uma peça central não só na preparação para que se possa prevenir e controlar as doenças infecciosas, como também para garantir que os serviços de saúde têm capacidade de continuar activos durante uma crise. Os enfermeiros estão, frequentemente, na base das equipas de resposta e dos sistemas centrais de cuidados de saúde. Durante a epidemia do Ébola na África Ocidental, a falta de acesso a serviços de saúde seguros — tais como cuidados de maternidade, programas de vacinação e tratamento da malária — levou a um número significativo de mortes e a danos no sistema de saúde, o que levou anos a recuperar. As epidemias afectam todo o sistema de saúde. Garantir a segurança dos enfermeiros através da imunização,

de práticas adequadas de controlo de infeções e do acesso a recursos adequados, tais como equipamento de protecção individual adequado, é fundamental para garantir a segurança do pessoal, ao mesmo tempo que pode também limitar a propagação de infeções hospitalares

As infeções adquiridas em hospital podem ser um dos principais desencadeadores de surtos, causando grupos de casos significativos e impactando na propagação e no controlo do surto. A garantia de um ambiente seguro para a equipa de saúde e para os pacientes assegura a confiança no sistema de saúde por parte da equipa e da comunidade, bem como ajuda a desencadear a capacidade de prestar cuidados eficazes para todos.

Cinco medidas específicas que os enfermeiros podem fazer: **1. Assegurar que são sempre implementados procedimentos e práticas de qualidade no controlo de infeções;** os profissionais de saúde que estão na linha da frente são, muitas vezes, as primeiras vítimas de novos surtos de doenças infecciosas, e podem, conseqüentemente, actuar como superpropagadores da infeção, espalhando-a para a família, os amigos e colegas; estar imunizado e praticar um controlo adequado da infeção garante-lhe, a si e aos seus pacientes, protecção contra infeções evitáveis;

**2. Levar a cabo uma avaliação externa conjunta** e incentivar à participação. As questões que afectam os prestadores de cuidados de saúde que estão na linha da frente são frequentemente ignoradas durante o planeamento e a implementação de programas de alto nível, e os enfermeiros desempenham um papel importante na defesa dos cuidados e das respostas centrados no paciente. Para saber se o seu país completou uma avaliação externa conjunta, e qual a pontuação que obteve, consulte a página [www.preventepidemics.org](http://www.preventepidemics.org). Garantir que a voz e os conhecimentos dos enfermeiros são representados no planeamento e na avaliação da segurança da saúde em todos os níveis.

**3. Se vir alguma coisa, informe.** Os enfermeiros são os olhos e os ouvidos do sistema de saúde. A detecção precoce de casos pouco habituais é fundamental para identificar e responder a surtos, especialmente de infeções novas ou emergentes. Um caso pouco habitual que dê entrada numa clínica ou num hospital pode ser o primeiro sinal de que um novo surto está a ocorrer. Os enfermeiros devem assegurar que os dados de vigilância são devidamente comunicados e que são tomadas medidas. A comunicação atempada pode levar a uma rápida acção de prevenção que impeça a propagação de um surto localizado. Os enfermeiros podem identificar qual o sistema que está em vigor para relatar doenças infecciosas e apoiar outros membros de respectiva equipa de cuidados de saúde para responder e comunicá-las adequadamente.

**4. Participar em exercícios de planeamento da preparação e em simulações.** Os enfermeiros devem ter em consideração o que aconteceria caso a sua área clínica ou de actuação fosse impactada por um surto. Os enfermeiros devem contribuir para o desenvolvimento de planos de emergência caso a cadeia normal de cuidados seja interrompida, bem

como deverão contribuir para determinar como serão realizadas as operações diárias normais durante e após uma emergência de saúde pública. Consegue identificar quais as medidas de prevenção e controlo de infeções que deverão ser tomadas para que a prestação de serviços decorra durante um surto?

**5. Liderar.** Os enfermeiros devem, sobretudo, assumir um papel mais significativo na liderança das actividades de preparação em caso de epidemias, para que os planos, os recursos e as respostas se baseiem em evidências e se centrem nos pacientes. Líderes fortes, consistentes e conhecedores podem inspirar outros e apoiar a prática profissional de Enfermagem, incluindo a prestação de cuidados de qualidade aos pacientes e sistemas resilientes de cuidados de saúde que tenham capacidade para enfrentar qualquer ameaça à saúde. Você pode ser uma Voz da Liderança.

Quando ocorrer a próxima epidemia, o combate à mesma melhorará se os enfermeiros e outros profissionais de saúde que estão na linha da frente estiverem envolvidos em todos os aspectos da prevenção de epidemias e da resposta às mesmas. Agirão rápida e decisivamente, sabendo que estão protegidos, o que lhes permitirá fornecer o nível de cuidados necessários para minimizar a propagação da doença e do impacto da mesma. As epidemias são inevitáveis, mas podemos e devemos estar o mais preparados possível para quando estas ocorrerem. Os enfermeiros estarão no comando das actividades de preparação da segurança da saúde. Garantir o sucesso das mesmas é fundamental para evitar que um pequeno surto se torne numa epidemia devastadora.

## A interligação entre saúde mundial, CUS e saúde da população

A correlação com a CUS é de importância fulcral para assegurar a Segurança da Saúde Mundial. Algumas epidemias que ocorreram no passado, como o surto do Ébola em 2014, foram circunscritas em grande medida a regiões específicas, como a África Ocidental, onde os países têm sistemas de saúde débeis. E muitas outras epidemias que causaram preocupação mundial têm ocorrido em áreas onde os sistemas de saúde não são capazes de desempenhar funções de saúde pública. De acordo com Heymann et al., a "promoção da segurança da saúde implica, por conseguinte, garantir a existência de sistemas de saúde eficazes na eventualidade de uma crise, que se mantenham durante e depois de conflitos e catástrofes e que sejam sempre acessíveis à população."

**1,6 mil milhões de dólares** (dólares americanos), o impacto económico do vírus Ébola em 2014.<sup>30, 31</sup>

A CUS tem o potencial de mitigar os riscos da segurança da saúde mundial, de várias formas diferentes. Em primeiro lugar, proporciona a oportunidade da detecção precoce e uma intervenção atempada pode ditar a duração e a gravidade de um surto. Pode melhorar o acesso das pessoas aos serviços de saúde através da eliminação das barreiras financeiras e da protecção das pessoas contra a ruína financeira.

Isto significa que as pessoas estão dispostas a procurar cuidados de saúde mais cedo, evitando a possível propagação da doença e possibilitando um tratamento mais precoce. A CUS cria confiança dentro da comunidade. Permite que as pessoas comuniquem logo que uma infecção começa e garante que a probabilidade de as pessoas seguirem as indicações do profissional de saúde é maior. Os benefícios tornam-se mais claros à medida que se reforça os sistemas de saúde e que se verificam avanços no sentido da CUS e da segurança da saúde mundial.

"Faça com que o foco da saúde mundial seja os cuidados e não o medo".

"...A saúde mundial é muitas vezes descrita como um repertório de ameaças, sejam elas provenientes de resistências antimicrobianas, de alterações climatéricas ou de epidemias. A segurança e a protecção são, sem dúvida, elementos fundamentais que estão na ordem do dia dos sistemas de saúde. Mas se a retórica do medo suplantar a dos cuidados de saúde, mesmo o sistema de saúde com os melhores recursos não será eficaz em proporcionar boa saúde de forma equitativa. O sonho de uma cobertura universal da saúde não passará de uma ilusão. A OMS tem um papel fundamental em garantir que as questões relacionadas com a segurança da saúde mundial andam de mãos dadas com a inclusão."<sup>32, 33</sup>





## ESTUDO DE CASO

Photo Credit – Uganda Rural Fund

# PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA MELHORAR A SAÚDE E O BEM-ESTAR - Uganda

Os profissionais de Enfermagem e os voluntários contratados pelo *Uganda Rural Fund* dedicam-se a melhorar a saúde e o bem-estar de crianças e adultos das comunidades rurais do Uganda.

Historicamente, o Uganda tinha um dos piores sistemas de saúde do mundo. No entanto, muita coisa mudou, e o país está a desenvolver-se a um ritmo constante. Alguns dos maiores obstáculos que este país tem de ultrapassar são o acesso aos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos para prestar esses serviços.<sup>[20]</sup>

O *Uganda Rural Fund* (URF) procura melhorar a saúde e o bem-estar das crianças e dos adultos nas comunidades rurais. Para isso, concentram-se na prevenção e não tanto no tratamento. Grande parte deste trabalho é realizado através de debates sobre a saúde das comunidades levados a cabo em aldeias e escolas locais.

Os profissionais de Enfermagem e os voluntários visitam as aldeias ensinando dicas básicas de saúde especificamente relacionadas com a higiene pessoal, higiene doméstica e saneamento (lavar as mãos, limpeza da casa e composto para remover a água estagnada que geralmente se torna um chamariz para os mosquitos que transmitem a malária, água fervida para beber, lavar as mãos após o uso de latrinas, conservação de alimentos etc.)

Os enfermeiros estabelecem relações de proximidade com a comunidade e colaboram com o profissional de saúde da povoação. Os profissionais de saúde das povoações são geralmente os primeiros a dar respostas, especialmente passando informações elementares sobre saúde e monitorização da saúde.

Além das actividades de promoção e prevenção em saúde, os enfermeiros dão consultas no âmbito das quais são realizados exames médicos básicos de rotina e tratamentos. Os casos mais difíceis são encaminhados para o hospital.

A clínica viabiliza testes de VIH e aconselhamento através de uma parceria com a *Uganda Cares!* O URF está também envolvido na luta para a prevenção da malária, que é uma das principais causas de morte e de deficiência em África. O URF disponibiliza também a carrinha da saúde para as mulheres (*Women's Health Van*), que possibilita que mulheres e crianças tenham acesso a tratamentos.



## ESTUDO DE CASO

Photo Credit – Bronte Martin

# ESTUDO DE CASO: MECANISMOS DE GARANTIA DA QUALIDADE PARA EQUIPAS MÉDICAS DE EMERGÊNCIA

## Bronte Martin, Organização Mundial de Saúde

Desastres e surtos de doenças podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar do mundo, causando, muitas vezes, verdadeiros flagelos e perturbando e ameaçando vidas nas comunidades. Para que se reduza a perda evitável de vidas humanas e o fardo da doença e da deficiência, é fundamental haver coordenação. [25] As equipas médicas de emergência (EMT) são uma parte importante da mão de obra para a saúde mundial. Qualquer enfermeiro, médico ou paramédico que chegue de outro país para prestar cuidados de saúde num contexto de emergência precisa de estar integrado numa equipa com formação, qualidade, equipamentos e mantimentos para que consiga dar resposta de forma bem-sucedida, e para que não represente um encargo para o sistema nacional.

As EMT são uma iniciativa da OMS que foi lançada em 2016 para ajudar as organizações e os estados-membros a criarem competências e a reforçarem os sistemas de saúde, coordenando a distribuição de equipas médicas de qualidade em situações de emergência. Quando uma catástrofe se dá ou um surto se manifesta, quanto mais rápida for a resposta, melhor será o resultado. Até o momento, foram classificadas 22 equipas, estando mais 70 equipas a serem constituídas, e a trabalhar para a respectiva classificação.

A EMT, uma iniciativa mundial, permite aos países melhorarem a própria capacidade nacional, que lhes permitirá ajudar outros países em situações de emergência. Os governos alvo da emergência e as populações afectadas podem depender de EMT que cheguem treinadas, equipadas

e capazes de fornecer a intervenção esperada. A iniciativa das EMT viabiliza e coordena a colocação de cada equipa, constituída por indivíduos únicos, dotados de várias de competências.[37] As vítimas e respectivas famílias têm a certeza de que as equipas médicas que as tratam têm determinado padrão de intervenção que é seguro.

Com 22 anos de experiência como registered nurse e 17 anos na reserva de especialistas da *Royal Air Force* Australiana, Bronte Martin testemunhou, em primeira mão, a destruição e devastação que desastres inesperados, surtos e outras emergências podem provocar nos pacientes, respectivas famílias e nas comunidades. Dada a sua experiência, as suas habilitações e as suas competências para responder às necessidades das comunidades, Bronte foi contratada pelo Secretariado das EMT da OMS. Ali foi destacada para um projecto de seis meses para desenvolver e estabelecer o programa de Classificação, Orientação e Verificação Mundial; garantindo a prestação de cuidados médicos urgentes internacionais validados e de qualidade em resposta a desastres inesperados.[38] Bronte tem a paixão pela Enfermagem e pelo papel importante que os enfermeiros desempenham no desenvolvimento da melhoria dos resultados de saúde de qualidade. Bronte acredita que os enfermeiros são a base da linha de frente da força de trabalho médica colectiva, desempenhando um papel fundamental na contribuição para as capacidades nacionais, regionais e globais de resposta a emergências de saúde.

## DESAFIO 2 DA SAÚDE MUNDIAL: PRODUTO DO SEU ESTILO DE VIDA E AMBIENTE — DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



**"A prevenção e o controlo das DNT não devem ser vistos**

**como concorrentes de outras prioridades de desenvolvimento e saúde, e as soluções devem ser integradas com as iniciativas existentes."**

**Joseph Deiss, presidente da Assembleia-Geral**

Não importa em que parte do mundo, os dados são claros: a epidemia de DNT está a desgastar os orçamentos destinados aos sistemas de saúde e a desviar recursos, já de si escassos, de outras prioridades de saúde e desenvolvimento. Como a ilustre Helen Clark disse uma vez, "as DNT atrasam economias nacionais e mundiais, e atrasam a sociedade".<sup>34</sup> As DNT roubam às pessoas a sua saúde, o seu bem-estar e os seus recursos. Criam vulnerabilidade nas comunidades e agravam ainda mais a condição destas.

### **68% da mortalidade mundial**

é causada por cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e/ou diabetes.<sup>35</sup>

Estes são dados evidentes na região do Pacífico. Há bem pouco tempo, na década de 60 do século XX, a diabetes não passava de um problema menor nas ilhas do Pacífico. Actualmente, a cada 1,3 dias, um tonganês perderá parte de seus membros inferiores devido a esta doença debilitante.<sup>36</sup> Esta não é uma realidade exclusiva do Reino de Tonga. Na verdade, as estatísticas revelam-se bem piores noutras ilhas do Pacífico, como as ilhas Fiji, onde há mais de 800 amputações de membros inferiores todos os anos.<sup>37</sup> Esta região enfrenta alguns dos riscos mais elevados relativamente a DNT e tem a maior percentagem de população com DNT no mundo. A OMS considera que as DNT são uma das maiores ameaças à saúde e ao desenvolvimento a nível mundial.<sup>5</sup>

Com efeito, a OMS considera que o actual Objectivo de Desenvolvimento Sustentável (3,4) de reduzir a mortalidade devida a DNT em 30%, até 2030, não será alcançado se a situação actual se mantiver.<sup>5</sup>

**2/3 das mortes por DNT estão ligadas ao consumo de tabaco, ao consumo nocivo de álcool, a dietas pouco saudáveis e à falta de actividade física.**<sup>35</sup>

As DNT e os factores de risco a elas associados têm forte correlação com a condição social em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, bem como com a idade das mesmas. As pessoas que vivem em situação de pobreza correm maior risco de morrerem prematuramente de uma doença não transmissível. Aquelas que vivem em países de baixos rendimentos médios têm o dobro do risco de morrer prematuramente de uma DNT. As DNT mais significativas subdividem-se em quatro doenças principais: doenças cardiovasculares, cancros, doenças respiratórias crónicas e diabetes. Cada uma destas doenças é, em grande medida, passível de prevenção, se os seguintes quatro factores de risco forem combatidos: consumo de tabaco, excesso de álcool, hábitos alimentares e dietas pouco saudáveis e falta de actividade física.<sup>5</sup>

Embora a ameaça seja real, podem ser tomadas medidas para reduzir a tendência de DNT. A boa notícia é que investir em procedimentos com resultados comprovados leva a um forte retorno sobre o investimento. A OMS afirma que por cada dólar americano investido numa estratégia com base em dados concretos o retorno será de 7,38 dólares. O que significa que não só muitas vidas serão salvas e a saúde das pessoas será melhorada, como haverá também um grande benefício económico, em especial para os países de baixo rendimento médio.



Photo Credit – Melanina Rogers



Photo Credit – Pascal Nepa

## Estudo de Caso

### Melhoria dos Serviços de AVC – Rita Melifonwu, Nigéria

De acordo com a Organização Mundial de AVC (*World Stroke Organisation* — WSO), uma em cada seis pessoas em todo o mundo sofrerá um AVC ao longo da vida.[21] Na Nigéria, o acidente vascular cerebral está actualmente a afectar mais adultos na sua vida activa, causando desemprego e pobreza entre os sobreviventes desta condição. O AVC atingiu proporções epidémicas, afectando mais de 200 000 pessoas por ano, 46% dos sobreviventes do AVC morreram em três meses e 30% morreram em 12 meses.[32] Através de um modelo de serviço centrado na comunidade, a *Stroke Action* — uma organização sem fins lucrativos que trabalha com sobreviventes de AVC, respectivos cuidadores, indivíduos e instituições parceiras para promover uma vida com significado, de qualidade e baseada na evidência após um acidente vascular cerebral — oferece uma variedade de serviços acessíveis do ponto de vista económico e multidisciplinares destinados a pessoas que sofreram AVC, colmatando a lacuna da falta de prestação de cuidados de saúde após AVC e torná-los acessíveis às comunidades de que se ocupam.

A *Stroke Action* é um serviço de saúde liderado por enfermeiros e a única base de reabilitação centrada na comunidade na Nigéria. Presta serviços para reduzir a incidência de AVC, as complicações resultantes dos AVC e a sobrecarga que representam. Presta também serviços para garantir que os sobreviventes de acidentes vasculares cerebrais e as pessoas que estão em risco de AVC recebam a ajuda de que precisam para serem saudáveis e estarem bem.

Na qualidade de enfermeira e defensora dos pacientes, Rita Melifonwu pressionou o Ministério Federal da Saúde para

que um memorando de acordo com a *Stroke Action* Nigéria fosse assinado para implementar uma campanha nacional. A campanha incluiria uma conferência sobre AVC, o desenvolvimento de serviços orientados para pessoas que tiveram AVC, um registo nacional de AVC e uma estratégia para os AVC. Rita Melifonwu deu formação a dois sobreviventes de AVC em idade activa para se tornarem embaixadores da campanha e que superaram o estigma social e as barreiras culturais para se envolverem na defesa dos direitos das pessoas afectadas por AVC e na tomada de decisões políticas relacionadas com os AVC.

#### A história de um paciente

Onyinye, uma licenciada de 33 anos e ex-gerente de empresa, sofreu um AVC e foi despedida do seu emprego devido à deficiência com que ficou. Desempregada, ficou impossibilitada de se sustentar, bem como de sustentar a sua mãe, viúva, e os seus irmãos mais novos. Onyinye tinha limitações na mobilidade, era afásica, tinha depressão pós-acidente vascular cerebral, e era socialmente isolada e marginalizada. Como resultado do apoio que recebeu da *Stroke Action*, a Onyinye aceitou bem a sua cruzada de recuperação após o acidente vascular cerebral. Actualmente, ganhou mobilidade, já não se encontra num quadro de depressão, tornou-se numa defensora pública dos direitos das pessoas que tiveram AVC e foi reintegrada na sua comunidade. Onyinye é hoje funcionária administrativa embaixadora da Associação Stroke, com um rendimento acima do salário mínimo para melhorar o seu sustento.

## Figura 7: O valor de prevenir e controlar as DNT <sup>38</sup>

Organização Mundial de Saúde, 2018



## A Cobertura Universal da Saúde e a resposta dos sistemas de saúde às DNT

Um dos principais motores para alcançar a Cobertura Universal da Saúde (CUS) tem sido lidar com as crises de doenças infecciosas e mitigar o risco de pandemias. Dado a causa de mortalidade por DNT ser agora superior à causa de morte por doenças transmissíveis (DT), as DNT deverão fazer parte do enquadramento da CUS. Poder-se-á atingir este feito através da reorientação dos CSP para que passem a incluir a gestão de doenças crónicas.

Os cuidados primários são, para a maioria dos pacientes, a porta de entrada para o sistema de cuidados de saúde, no entanto, em ambientes limitados pelos recursos, a maioria dos CSP estão focados em cuidados intensivos pontuais prestados em centros secundários e terciários. Os modelos que não se centram nos Cuidados de Saúde Primários — que se caracterizam por consultas pontuais de curto prazo — não irão satisfazer as necessidades exigidas para prevenir e controlar a complexidade das DNT. Estes tendem a concentrar-se no diagnóstico e tratamento imediato de episódios ou doenças agudas.<sup>45</sup>

Sistemas de cuidados primários mais fortes traduzem-se em melhores resultados para a saúde. Os sistemas tornam-se mais fortes se forem mais abrangentes, se forem coordenados, centrados na comunidade, universais, acessíveis e orientados para a família.<sup>46</sup> Com a finalidade de alcançar o melhor valor e os melhores benefícios fora do âmbito dos CSP, é essencial que nos movamos no sentido de alcançarmos um modelo abrangente. As diferenças entre uma abordagem tradicional aos CSP e uma abordagem abrangente aos CSP são descritas na figura 8.

Sabemos que a melhor estratégia para reduzir o risco de DNT consiste em abordar factores relacionados com o estilo de vida e factores ambientais que exigem tomadas de medidas multissetoriais. No entanto, para que estes esforços e estas oportunidades possam ser realizados, o sector da saúde tem de estar envolvido e na qualidade de líder. É também fundamental que as DNT sejam incorporadas na CUS para colmatar as falhas dos serviços inerentes às DNT e fazer face às taxas de morte e deficiência desnecessárias para aqueles que já sofrem.

## Figura 8: Caminhar no sentido de criar um modelo abrangente de cuidados de saúde primários <sup>47</sup>

	CSP TRADICIONAIS	CSP ABRANGENTES
Visão da saúde	Ausência de doenças	Bem-estar positivo
Centro de controlo da saúde	Médicos	Comunidades e indivíduos
Principal foco	Erradicação de doenças através da intervenção médica	Saúde através da igualdade e da capacitação da comunidade
Prestadores de cuidados de saúde	Médicos	Equipas multidisciplinares
Estratégias para a saúde	Intervenções médicas	Colaboração multissetorial

## Cinco características fundamentais de um sistema de saúde organizado para prevenir, controlar e gerir as DNT



### 1. Coordenação dos cuidados

- A coordenação dos cuidados consiste em qualquer actividade que ajude a assegurar que as necessidades e as preferências dos pacientes no que respeita a serviços de saúde e a partilha de informação entre pessoas, profissionais e locais são atendidas ao longo do tempo.
- A coordenação dos cuidados é uma actividade centrada nas pessoas, baseada em equipas, concebida para avaliar e satisfazer as necessidades dos indivíduos e das famílias, ajudando-os a navegar de forma eficaz e eficiente pelo sistema de cuidados de saúde.<sup>48</sup>
- Com o apoio, a educação e a formação adequados, os enfermeiros encontram-se na posição ideal para coordenar os cuidados, o apoio e o trabalho além das fronteiras do sistema e em estreita parceria com outros membros da equipa e partes interessadas, a fim de garantir que os indivíduos recebem cuidados adequados e atempados.



### 2. Abordagem multidisciplinar aos cuidados

- Para as pessoas que vivem com problemas altamente complexos e contínuos, é necessário um cuidado multidisciplinar integrado e coordenado para enfrentar a mais ampla gama de desafios pessoais, sociais e comunitários.
- Estabelecer relações integradas entre profissionais de saúde para que os médicos possam organizar-se em equipa para tratar os pacientes. Tal incluiria a participação conjunta no desenvolvimento de planos de tratamento, a monitorização conjunta dos desenvolvimentos realizados e a aprovação conjunta de alterações aos planos de tratamento.<sup>49</sup>
- Devem ser estabelecidos processos e procedimentos para gerir a competência dos profissionais de saúde para garantir a qualidade dos cuidados.
- Proporcionar educação e formação aos profissionais de saúde para ajudar na abordagem de transformação necessária para a prestação de cuidados de saúde adequados para a prevenção, promoção e controlo de DNT.<sup>50</sup>
- Estabelecimento de padrões de diagnóstico e tratamento para ajudar a garantir a qualidade das normas para os cuidados clínicos.



### 3. Trabalhar em pleno âmbito da prática

- Proporcionar o acesso a serviços de educação e formação de qualidade, tanto a nível de licenciatura como de pós-graduação, de modo a viabilizar melhores procedimentos de prevenção, promoção, detecção precoce e controlo das DNT.
- Incentivar todos os *registered nurses* a incluírem a prevenção de DNT no desenvolvimento da sua profissão e assegurar que os papéis de gestão de Enfermagem/gestão clínica são desenvolvidos no caso dos cuidados primários e comunitários.
- Fortalecer a contribuição da liderança dos enfermeiros na tomada de decisões políticas e quanto a programas.
- Para tal, será necessário investir na liderança dos enfermeiros e na investigação em Enfermagem relacionada com as DNT, incluindo a eficácia e a relação custo-eficácia das intervenções, e a tradução do conhecimento em práticas baseadas na evidência.
- Aumentar o número de enfermeiros especializados em DNT para melhorar o acesso a tratamentos de qualidade, custo efectivo e sustentabilidade dos tratamentos.
- A autogestão apoiada das DNT e a gestão clínica liderada por enfermeiros maximiza o uso da tecnologia. Para tal, será necessário investir num número suficiente de *registered nurses* com competências e acesso a infraestruturas e tecnologias adequadas no âmbito dos CSP que prestem cuidados otimizados à comunidade.
- Aproveitar o poder das campanhas mundiais de Enfermagem (i.e., *Nursing Now*) para liderar a transformação e equipar os enfermeiros em todo o mundo.



### 4. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde

- Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos das comunidades – são o primeiro e, por vezes, o único profissional de saúde que muitas pessoas alguma vez verão.
- Fazem parte da comunidade local e compreendem a sua cultura.
- A filosofia, os valores e a prática da Enfermagem indicam que os enfermeiros têm uma visão holística e de longo prazo dos pacientes e uma perspectiva biopsicossocial-ambiental sobre a saúde que engloba os determinantes da saúde, bem como o cuidado dos pacientes.
- Há mais de 20 milhões de enfermeiros em todo o mundo.



### 5. Capacitar os indivíduos e a comunidade

As pesquisas mostram que pacientes capacitados e envolvidos têm melhores resultados de saúde. A OMS define a capacitação do paciente como "um processo através do qual os pacientes entendem o seu papel, recebem o conhecimento e as competências por parte do seu prestador de saúde para realizarem uma tarefa num ambiente que reconhece as diferenças comunitárias e culturais e incentiva a participação do paciente."<sup>51</sup> A capacitação leva os pacientes a aumentarem a sua capacidade de aproveitar os seus recursos pessoais para viver bem e circular no ambiente dos cuidados de saúde.



## Estudo de Caso

Photo Credit – Georgina McPherson

# ESTUDO DE CASO: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PRESTAM CUIDADOS DE SAÚDE DE ELEVADA QUALIDADE E COM UMA BOA RELAÇÃO CUSTO-EFICÁCIA PARA A SAÚDE DAS MULHERES

- Georgina McPherson, Nova Zelândia

A prática avançada de Enfermagem no âmbito da saúde das mulheres está bem estabelecida internacionalmente há mais de 30 anos. Georgina McPherson, uma enfermeira especialista (EE), desenvolveu o primeiro programa de formação de enfermeiros de colposcopia na Nova Zelândia com o Professor Ron Jones no National Women's Hospital. McPherson tem desenvolvido a sua profissão enquanto enfermeira colposcopista há 18 anos, e, em 2006, foi certificada como a primeira EE da Nova Zelândia no âmbito da saúde das mulheres e a primeira enfermeira de ascendência do Pacífico a ganhar o certificado de EE. Tem exercido a profissão em serviços de cuidados primários e secundários, prestando colposcopias e tratamentos clínicos femininos na comunidade para melhorar o acesso das mulheres Maori e do Pacífico aos cuidados de saúde. Na Nova Zelândia, os EE têm sido especialistas clínicos no trabalho em equipa e estão agora a tornar-se líderes clínicos de equipas. Através deste reconhecimento da qualidade da prestação de serviços pelos EE, Georgina foi nomeada líder clínica em 2016 com a aprovação do Ministério da Saúde, um papel anteriormente reservado a médicos.

Georgina é reconhecida como uma líder na sua área na prestação de serviços de cuidados clínicos na linha da

frente que superam os padrões do Programa de Melhoria da Qualidade da Colposcopia e na prestação de cuidados de qualidade excepcionalmente elevada. Ao aperceber-se de alguns problemas como o acesso aos serviços na sua comunidade, Georgina estabeleceu um novo caminho clínico. Um projecto de utilização laboratorial viu serem implementadas directrizes baseadas na evidência e uma mudança significativa e sustentada nos testes laboratoriais que resultou numa poupança de cerca de 100 000 dólares neozelandeses ao longo de um período de 12 meses. Também reduziu o número de testes desnecessários para as mulheres.

Os benefícios de um modelo de liderança pelos enfermeiros especialistas têm demonstrado que estes podem prestar tratamentos clínicos e rentáveis. Houve uma redução das clínicas canceladas da Organização de Gestão Local devido à flexibilidade dos EE, e da sua capacidade para prestar os procedimentos necessários, e permitiu que os EE desenvolvessem as suas competências noutras áreas do serviço de ginecologia. O desenvolvimento dos EE como líderes clínicos mostrou que estes podem prestar uma excelente liderança clínica e levar os serviços clínicos a melhorar a qualidade dos cuidados e da prestação de serviços.

# DESAFIO 3 DA SAÚDE MUNDIAL: PRESTAR CUIDADOS DE SAÚDE RELEVANTES AOS PACIENTES, A PREÇOS QUE OS PAÍSES CONSIGAM SUPOSTAR

Photo Credit – Karen Kasmauski



**"Para milhares de milhões de pessoas, a cobertura**

**universal da saúde terá o mesmo efeito que um recipiente vazio, a menos que a melhoria da qualidade se torne tão importante e esteja na ordem do dia quanto a cobertura universal da saúde." Sania Nishtar, copresidente da Comissão Independente de Alto Nível da OMS para as Doenças Não Transmissíveis.<sup>52</sup>**

Os cuidados centrados nas pessoas têm sido um movimento com bastante impacto nos últimos anos. Mas é difícil imaginar como é que sistemas de saúde grandes e complexos que lutam pela eficiência com profissionais ocupados podem incorporar este custo de forma eficaz e como um ethos central. Com uma procura tão elevada combinada com modelos de pagamento baseados na actividade, a prestação de cuidados de saúde tem-se tendencialmente centrado na análise científica e no tratamento, o que implica um grande volume de investimento, em vez de se focar em considerar o paciente como uma pessoa. Apesar do reconhecimento da importância dos cuidados centrados nas pessoas, existem desafios práticos à sua implementação. No entanto, a obtenção de cuidados eficientes quanto aos custos e com melhores resultados em saúde e a prestação de cuidados centrados nas pessoas não são filosofias divergentes.

Os cuidados de saúde baseados em valor visam alcançar melhores resultados de saúde a um custo eficiente. De acordo com o The

Economist,<sup>53</sup> o sistema de cuidados de saúde deve afastar-se do sistema de cuidados de saúde orientado para a oferta em torno do que os médicos fazem e aproximar-se de uma abordagem centrada nas pessoas, centrada nas necessidades do paciente. Quando os sistemas de saúde fazem parceria com os pacientes e as respectivas famílias, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde aumentam, os custos diminuem, a satisfação dos prestadores aumenta e a experiência dos cuidados de saúde melhora. Os cuidados centrados nas pessoas também melhoram os indicadores das finanças, da segurança e da quota de mercado.

O objectivo dos cuidados de saúde não é aumentar o número de tratamentos, mas sim melhorar a saúde.





## Estudo de Caso

Photo Credit – Beke Jacobs

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DE FIM DE VIDA

## – Beke Jacobs, Germany

Os dados demográficos mostram que a esperança de vida das pessoas em todo o mundo está a aumentar. Ao mesmo tempo, as opções de tratamento médico, especialmente nos países do Ocidente, são prestadas ao mais alto nível, permitindo novos tratamentos para doentes e em fim de vida. Não são raras as vezes em que se levanta a questão da viabilidade médica, considerando os desejos individuais do paciente. Consequentemente, há uma missão social para reflectir sobre este último para saber em que medida o indivíduo quer ser medicamente tratado em caso de doença, de fragilidade e fim da vida. Isto é especialmente importante porque as equipas terapêuticas são frequentemente confrontadas com decisões vitais em situações em que o paciente não pode mais expressar a sua vontade.

Beke Jacobs, *registered nurse* e directora do centro de informação aos pacientes do Centro Médico Universitário de Schleswig-Holstein, Alemanha, presta serviços de aconselhamento para apoiar os pacientes no processo de entendimento das dimensões da decisão e dos mandatos de decisões de fim de vida.

Há muitos desafios que os enfermeiros enfrentam quando gerem pacientes que transitaram para os tratamentos paliativos. Além dos desafios relacionados com a existência de requisitos e aspectos legais complicados quanto aos cuidados pretendidos relacionados com a elaboração

precisa e específica da directiva antecipada, é necessário gerar empatia com as necessidades do paciente e dos seus familiares. O trabalho de Beke consiste em informar e aconselhar os pacientes e respectivos familiares em situações de cuidados intensivos no hospital, aconselhamento público a pedido e durante eventos informativos, gratuitos, organizados pelo hospital. Com uma directiva escrita antecipadamente, os pacientes podem determinar que certas medidas médicas devem ser aplicadas ou omitidas, caso deixem de poder decidir por si próprios. Isso garante que a vontade do paciente seja seguida, mesmo que não possa mais ser expressa autonomamente na situação atual.

A Enfermagem é uma profissão única. Tem a incrível responsabilidade de prestar cuidados e aliviar o sofrimento, mesmo nos momentos mais vulneráveis da vida, como o processo de morte. Os enfermeiros experientes têm a formação, a competência e a experiência para criar empatia com os pacientes, ter em conta as intervenções médicas e o impacto destas, a condição física, cognitiva, social e espiritual. Têm, por isso, a capacidade de prestar cuidados e apoio durante a discussão relacionada com a prestação de cuidados em fim de vida. Os enfermeiros prestam um serviço fundamental na garantia da dignidade e do respeito.

## Cuidados de saúde baseados em valores: serão estes a receita mágica?

Cuidados de saúde baseados em valores: serão estes a receita mágica?

Numa conferência de saúde que teve lugar recentemente, o Ministro da Saúde abriu o evento com um discurso em que disse que o governo havia alocado mais dois mil milhões de dólares para o sistema de saúde, um aumento de 15% durante um período de três anos. No mesmo discurso, comprometeu-se a aumentar o número de médicos, enfermeiros e outros funcionários no sistema de saúde. Ainda que possa ter sido uma necessidade do sistema de saúde, o foco não foi a obtenção de melhores resultados em matéria de saúde para a comunidade, mas nos contributos que os serviços de saúde apresentam. Com o aumento da esperança de vida e de modelos de doenças crónicas, a abordagem que é normalmente feita, que é a do ponto de vista económico, não é nem acessível nem sustentável. Para que se possam continuar a prestar cuidados acessíveis, de alta qualidade e centrados nas pessoas, os governos e outros decisores políticos terão de relacionar os custos associados aos cuidados de saúde com os resultados, a fim de melhorar o valor para os pacientes, as pessoas e a comunidade.

A saúde é um importante precursor da felicidade e é um dos pilares fundamentais de uma economia forte, mas os desafios à promoção de um estilo de vida mais saudável e ao acesso a cuidados de saúde de qualidade e acessíveis são enormes. Os desafios que se colocam aos governos e prestadores de cuidados de saúde são consideráveis, no que respeita a conter os custos e, ao mesmo tempo, melhorar a saúde e o bem-estar das populações. Na abordagem ao sistema de saúde através de cuidados de saúde baseados em valor, o objectivo acaba por ser melhorar os resultados dos pacientes a um custo mais baixo. Trata-se de uma abordagem que procura conjugar os interesses do sistema de saúde com o dos pacientes.<sup>55</sup>

É necessário alcançar valor em todos os níveis do sistema de saúde, não apenas a nível hospitalar, da intervenção especializada ou dos cuidados primários. O valor é criado quando os cuidados são prestados a um paciente de acordo com a sua condição clínica ao longo do ciclo de vida. A melhoria dos resultados é a motivação mais importante para criar valor e reduzir custos.<sup>55</sup>

### Figura 9: Valor



Conjunto de resultados que são relevantes para os pacientes relacionados com a sua condição.

Custos totais com a obtenção destes resultados em todo o ciclo de cuidados

Por conseguinte, no centro dos cuidados de saúde baseados em valor está a maximização do valor para os pacientes — ou seja, a obtenção dos melhores resultados em matéria de saúde, onde os custos e o esforço são acessíveis e as expectativas são alcançadas. Afasta-se do sistema de saúde orientado para a oferta, organizado em torno da actividade médica, para um sistema centrado na pessoa organizado sobre o que é mais necessário para as pessoas e as comunidades. Deixamos de nos concentrar no que se passa com os pacientes, para passarmos a concentrar-nos no que é importante para os pacientes, como salientou Sir Robert Francis no inquérito público de *Mid-Staffordshire* em Inglaterra: "a qualidade dos cuidados está relacionada com a experiência dos pacientes, bem como com os resultados e as decisões tomadas com impacto na qualidade têm de ter em consideração as opiniões dos pacientes para compreender isto".<sup>56</sup>

**8 milhões** de mortes ocorrem nos países com baixo e médio rendimento (PBMR) devido à pouca qualidade da saúde.<sup>52</sup>

Muitos países são incapazes de disponibilizar serviços básicos de saúde que prestem cuidados seguros e eficazes a toda a população. Até mesmo os países com CUS têm de fazer muitos esforços para conseguir satisfazer as necessidades de saúde das populações envelhecidas, o aumento dos encargos inerentes às doenças crónicas, o aumento da esperança de vida, o aumento das expectativas dos consumidores e a escalada dos custos dos cuidados de saúde associados às novas tecnologias e aos novos tratamentos. A sustentabilidade da CUS está em risco, a menos que os sistemas de saúde mudem e se adaptem ao ambiente em mudança.

**A terceira** principal causa de morte nos EUA são os erros médicos.<sup>57</sup>

A premissa da CUS é a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade a todos a um custo acessível para o consumidor e para o país. Isto implica o cuidado adequado prestado no momento certo e pelo fornecedor certo, minimizando, ao mesmo tempo, danos e resíduos de recursos e não deixando ninguém para trás. No entanto, os cuidados de saúde de má qualidade continuam a existir nos países e a serem prestados a todos os níveis de rendimento. Entre estes, incluem-se diagnósticos incorrectos, erros de medicação, tratamento inadequado e desnecessário, instalações ou práticas clínicas inadequadas e inseguras. Por exemplo, nos países de baixo e médio-baixo rendimento (PBMR), é provável que 10% dos pacientes hospitalizados sejam alvo de uma infecção hospitalar durante a sua estadia (7% deles com rendimento elevado).<sup>58</sup> De acordo com alguns relatórios, em vários PBMR,<sup>59</sup> os prestadores de cuidados de saúde só conseguem fazer um diagnóstico exacto em 33-66% das vezes, sendo que seguem as orientações clínicas adequadas 45% das vezes. Algumas pesquisas sugerem até que mesmo que o acesso seja melhorado em todo o mundo, os benefícios para os pacientes e para as comunidades continuarão a ser limitados.<sup>60</sup>

Uma abordagem aos cuidados de saúde com base em valor pode ajudar a implementar um sistema de saúde de qualidade e acessível. Cada país exigirá um conjunto diferente de intervenções, consoante as respectivas necessidades, mas há uma série de intervenções elementares e baratas que estão ao alcance de todos os países. Uma abordagem baseada em valor pode ajudar a identificar e financiar serviços que proporcionem o maior benefício aos indivíduos e à comunidade. Entre os benefícios, incluem-se os que de seguida se indicam.

- Coloca o paciente no centro do sistema de saúde.
- Orienta o sistema de saúde para os cuidados de saúde continuados e não apenas para o tratamento.
- Reorganiza os cuidados em torno das condições dos pacientes em unidades integradas.
- Mede resultados e custos para os pacientes, compara-os, identifica áreas de variações e promove a excelência.
- Ajuda a definir o sucesso para o prestador de cuidados de saúde e para o sistema.
- Impulsiona os cuidados multidisciplinares e a inovação dos cuidados.
- Impulsiona a redução de custos, o que é verdadeiramente um valor acrescentado.
- Valida as áreas para crescimento da linha de prestação de serviços e respectiva adesão.



**"Mesmo que o movimento actual no sentido da cobertura**

**universal da saúde seja bem-sucedido, milhares de milhões de pessoas terão acesso a cuidados de tão baixa qualidade, o que não os ajudará. Muitas vezes, inclusive, prejudicá-los-á", Don Berwick, presidente emérito e assistente sénior, Instituto para a Melhoria da Saúde (Institute for Healthcare Improvement)<sup>52</sup>**



## Cuidados de saúde baseados em valor e o papel da Enfermagem

Os cuidados de saúde baseados em valor conduzem a cuidados de qualidade e acessíveis e, como tal, promovem os CSP, a gestão eficaz da saúde da população, um melhor envolvimento com a comunidade e o paciente e a colaboração interdisciplinar de equipas e cuidados. A evolução nestas áreas aumentará a necessidade de registered nurses e aumentará o papel destes. Para que o sistema de saúde atinja os potenciais benefícios oferecidos pelos cuidados de saúde baseados em valor, os decisores e os sistemas de saúde necessitarão de assegurar que a profissão está dotada de formação e ferramentas adequadas, e que conta com o apoio adequado para trabalhar no pleno âmbito da prática. Um exemplo de sucesso nesta área inclui a gestão de doenças crónicas associadas à prática de Enfermagem, que contribua para a redução do tempo das admissões, para a melhoria dos resultados em saúde e para a redução dos internamentos no serviço de urgência. Ao apoiarem os enfermeiros a trabalharem no pleno âmbito da prática e a utilizarem eficazmente a liderança em Enfermagem, os sistemas de saúde conseguirão e poderão transformar a prestação de cuidados de saúde, alcançando melhores resultados em saúde para indivíduos e comunidades, a níveis de custo eficientes.<sup>61</sup>

A área em que tem de haver um maior progresso para garantir a implementação e a melhoria da saúde baseada em valor é a que diz respeito à recolha e análise de dados de Enfermagem. A informação é crucial para a tomada de decisões eficazes e é essencial para a qualidade de cuidados de saúde e resultados associados. Os enfermeiros trabalham num contexto de muita informação e há muito a ganhar com a recolha apropriada da mesma. Isto inclui, mas não se limita a:

- melhoria da segurança do paciente;
- melhoria da compreensão dos resultados relativos à saúde do paciente;
- coordenação eficiente dos cuidados;
- análise melhorada do desempenho;
- acesso atempado a informação mais completa sobre o paciente;
- utilização melhorada de recursos.

Os sistemas de tecnologia de informação para recolher dados e informações podem revolucionar o sector da saúde e prestar assistência no desenvolvimento de um sistema de saúde baseado em valor. Além de ser melhor do ponto de vista da eficiência, as experiências melhoradas da equipa, dos pacientes e das famílias salvarão inúmeras vidas e melhorarão a qualidade de vida.



## Estudo de Caso

Photo Credit – Tommy Walsh – Tallaght Hospital

# ESTUDO DE CASO: MELHORAR A PRONTIDÃO DOS CUIDADOS DENTRO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA - Shirley Ingram, Irlanda

O Hospital Tallaght tem o maior Serviço de Urgência (SU) na Irlanda, com 48 000 consultas a adultos por ano. Existe uma elevada utilização do SU pelos residentes na zona de influência directa, com 40% dos agregados familiares entrevistados a utilizar o SU de adultos nos 12 meses anteriores. A dor precordial é o principal sintoma da doença coronária e aumentou de 5% para 11% (4000 pacientes), com base no número total de casos de SU no Hospital Tallaght, em 2017. O crescimento destes valores seguiu o que era esperado, tendo em conta o envelhecimento da população em Tallaght.

48% dos casos de dor precordial que terminaram em internamento, permaneceram, muitas vezes, numa maca no SU durante dias, enquanto aguardavam por uma cama. Isto representou um verdadeiro problema devido às pressões contínuas de acesso à urgência, aumentando o número de macas e os dias de internamento em camas. Tallaght é uma área de baixo nível socioeconómico, localizada no sudoeste de Dublin, com um elevado nível de factores de risco cardíaco, tais como tabaco e obesidade. O SU do Tallaght Hospital é um dos mais movimentados do país.

O Serviço de Dor Precordial assegurado pelos Enfermeiros Especialistas em Cardiologia apresentou benefícios notáveis para o paciente nos últimos três anos, com um investimento limitado em recursos, entre os quais se inclui ter evitado cerca de 600 internamentos hospitalares por ano.

O objectivo geral deste serviço inovador é encaminhar os pacientes adequados do SU para a clínica da dor no peito que está sob a responsabilidade de enfermeiros para que aqueles realizem uma avaliação e exames mais específicos. Assim, além de proporcionar um serviço seguro e competente, evita o internamento.

No primeiro ano do Serviço de Dor Precordial assegurado pelos Enfermeiros Especialistas em Cardiologia, os internamentos no serviço foram reduzidos em 36% e as macas, em 60%, contribuindo com poupanças significativas para o hospital. Os pacientes receberam também um diagnóstico atempado, a promoção da saúde e sentiram-se tranquilizados.



## Estudo de Caso

Photo Credit – Minna Miller

# ESTUDO DE CASO: O PAPEL DA ENFERMAGEM NUMA EQUIPA INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM ASMA - Minna Miller, Canadá

Quando enfermeiros e enfermeiros especialistas trabalham no pleno âmbito da prática em equipas interdisciplinares, os resultados organizacionais e relativos aos pacientes melhoram. A investigação demonstra que a abordagem baseada numa equipa multidisciplinar para os cuidados pediátricos em caso de asma reduz as idas ao serviço de urgência e os internamentos hospitalares e que a formação em asma melhora os resultados.

A asma é uma doença crónica e inflamatória das vias respiratórias caracterizada pela hiperactividade dos brônquios e pela obstrução irregular das vias respiratórias, por pieira, tosse, aperto no peito e falta de ar. Afecta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e é a doença crónica mais comum na população pediátrica.

A clínica interdisciplinar da asma do Hospital Pediátrico presta serviços a crianças que necessitam de um diagnóstico ou que foram já diagnosticadas com asma, muitas das quais têm múltiplas comorbidades e vulnerabilidades associadas a determinantes sociais de saúde. A clínica pode ser única no Canadá com enfermeiros especialistas (EE), educador certificado em asma, registered nurses, um pneumologista, alergologistas, pediatras, terapeutas respiratórios e técnicos dedicados à alergia, todos a trabalhar em conjunto para proporcionar serviços completos relacionados com o tratamento da asma em crianças, que sejam centrados no paciente e focados na família. O objectivo é melhorar o acesso aos serviços especializados em asma (diagnóstico,

gestão e formação), e melhorar os resultados do paciente (melhorar o controlo da asma, reduzir o estado debilitado e o agravamento no futuro e as sequelas relacionadas).

Os EE funcionam de forma autónoma e fornecem diagnóstico, gestão e formação relacionados com a asma. Como resultado, os pediatras conseguem dedicar atenção a crianças asmáticas com comorbidades complexas e variadas. Os *registered nurses* e educadores certificados em asma fornecem formação completa sobre a asma aos pacientes e às famílias, em todas as áreas de serviço acima indicadas prestadas pela clínica.

A clínica interdisciplinar da asma é um "serviço único" para o diagnóstico completo da asma, para a gestão e para a formação. Entre 2012 e 2016, foram estabelecidos contactos com 5200 pacientes/famílias (incluindo telemedicina), sendo mais de 60% destes realizados por EE. A clínica é o centro regional de excelência para os cuidados pediátricos da asma. A estrutura da equipa facilita a utilização apropriada de recursos clínicos e resultou numa redução significativa em tempos de espera para novas visitas/consultas de pacientes, de 12-14 meses para dois-três meses. Os dados clínicos demonstram um melhoramento significativo no controlo da asma, uma redução nas visitas ao serviço de urgência e hospitalizações para aqueles a quem foram prestados cuidados na clínica da asma.



## Estudo de caso

Photo Credit – Ronan Guillou

# INSERÇÃO DE CURSOS DE PREPARAÇÃO EM CASO DE CATÁSTROFES NO PROGRAMA CURRICULAR DE ENFERMAGEM - Manar Nabolssi, Jordânia

Os programas de formação de preparação em caso de catástrofe foram incluídos nos planos curriculares de Enfermagem na Universidade da Jordânia para ajudar a formar enfermeiros, para que estes participem nos esforços para gerir o impacto que os desastres têm na região.

A Jordânia é uma região sísmica de alto risco, também vulnerável a vagas de inundações, tanto nas áreas urbanas povoadas quanto nas regiões rurais. Os impactos das alterações climáticas são fortemente sentidos nesta parte do mundo onde riscos como a seca extrema assola a região em intervalos regulares. A Jordânia é também já há algum tempo uma nação de refúgio para as pessoas que fogem à violência nos países vizinhos. O recente fluxo de mais de 600 000 refugiados colocou os serviços essenciais do país, tais como os cuidados de saúde, em esforço significativo.

A Universidade da Jordânia incluiu a preparação para catástrofe nos respectivos programas curriculares de graduação e da pós-graduação em Enfermagem. O objectivo destes programas curriculares adicionais é preparar os enfermeiros para participar no esforço nacional, no sentido de evitar, mitigar, gerir e recuperar em caso de desastres provocados pela natureza ou pelo Homem. Até à data, frequentaram este curso 150 alunos de Enfermagem de graduação, 50 alunos de mestrado e dez alunos de doutoramento. Este é o primeiro curso deste tipo na região e está a servir de apoio aos enfermeiros que trabalham para organizações internacionais, ajudando-os a prestar cuidados aos refugiados sírios.

## DESAFIO 4 DA SAÚDE MUNDIAL: UM MUNDO EM MOVIMENTO

As populações estão em movimento há, pelos menos, 60 000 anos. Contudo, a natureza e a demografia da migração sofreram alterações. A globalização facilitou a migração moderna, provocando um aumento no volume, na diversidade, no escopo geográfico e, assim, na complexidade da migração internacional.<sup>97</sup> A migração deve-se a várias razões, incluindo conflitos, pobreza, desastres, urbanização, falta de direitos, discriminação, desigualdade e falta de acesso a trabalho digno.

### Desafios de saúde para migrantes, refugiados e pessoas deslocadas

O número de refugiados e de pessoas à procura de asilo oriundos da América Central aumentou cinco vezes em apenas três anos. As Honduras são afectadas pela instabilidade política, económica e social e têm uma das mais altas taxas de violência do mundo. As famílias são ameaçadas, extorquidas e assassinadas, e homens e rapazes são obrigados a juntarem-se a gangs. No abrigo destinado a migrantes em Reynosa, México, uma cidade fronteiriça que é frequentemente utilizada como passagem para os EUA pelas pessoas que procuram asilo, os Médicos sem Fronteiras (MSF) e as equipas de enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais estão a prestar cuidados aos indivíduos que ali chegam e que estão a fugir dos seus países. Contam que estão sem comer há vários dias e que dormem em estações rodoviárias. São, muitas vezes, vítimas de violência física e sexual e estão subnutridos, desidratados e negligenciados.

244 milhões Número total de migrantes no mundo.<sup>75</sup>  
175,5 milhões Número de migrantes que se deslocou voluntariamente.<sup>75</sup>  
68,5 milhões Migrantes obrigados a deslocarem-se devido a risco de perseguição, conflito violento, insegurança alimentar ou violação dos direitos humanos.<sup>75</sup>

Em apenas pouco mais de um ano, 723 000 refugiados Rohingya fugiram para o Bangladesh, desde o Myanmar, e os números não estão a abrandar.<sup>99</sup> A ACNUR refere que as famílias chegaram a pé, depois de terem atravessado florestas e montanhas durante dias, com poucos alimentos e a sofrerem de várias doenças. Quando chegavam, juntavam-se às já 600 000 pessoas que já viviam no abrigo de 13 km<sup>2</sup>. Eles deparam-se com dificuldades no que toca ao acesso a serviços de saúde, níveis elevados de doenças transmissíveis, especialmente infecções respiratórias e doenças diarreicas, e o risco de deslizamentos de terras e inundações.

44 400 pessoas por dia são obrigadas a sair das suas casas devido a conflitos e perseguições.<sup>75</sup>

Estes são apenas dois exemplos entre centenas de cenários que migrantes, refugiados e pessoas deslocadas (MRPD) enfrentam. A migração afecta vários determinantes da saúde e do bem-estar de pessoas, famílias e comunidades, assim como a saúde da

população. O impacto da migração em saúde e bem-estar é multidimensional e apresenta um conjunto complexo de desafios para os determinantes da saúde.

É muitas vezes assumido de forma incorrecta que as necessidades de cuidados de saúde dos MRPD são semelhantes e partilhadas de igual forma por todos os grupos. As necessidades físicas, psicológicas, espirituais, culturais e sociais de famílias e indivíduos podem variar significativamente e são influenciadas por vários fatores.<sup>100, 101</sup> As necessidades relacionadas com cuidados de saúde de grupos que foram obrigados a deslocarem-se da Síria serão completamente diferentes das necessidades dos migrantes por razões económicas que desembarcam na Austrália.

Outro pressuposto é o de que o estado de saúde dos MRPD é pior do que o da população do país de destino. As condições enfrentadas durante o processo de migração podem variar tendo em conta factores tais como o motivo da migração, as condições durante a deslocação e o destino. Contudo, como muitos MRPD foram obrigados a deslocarem-se, as necessidades em matéria de cuidados de saúde podem ser agravadas por privação, dificuldades físicas e stress que ocorrem ao longo do processo de migração. Outros aspectos complexos envolvem exclusão legal, económica e social, que pode ocorrer durante a deslocação ou após a chegada ao destino. Os MRPD podem ainda ser alvo de discriminação, violência, exploração, detenção, acesso limitado ou nulo a ensino, tráfico humano, subnutrição e acesso limitado ou nulo a serviços de cuidados de saúde básicos e/ou preventivos.

Contudo, nem sempre se dá este caso. Muitos migrantes movimentam-se sem nenhum tipo de incidente e registam níveis elevados de saúde quando chegam ao seu destino. A distinção entre práticas culturais e de saúde pode ter efeitos protectores e um impacto mais positivo na saúde e no bem-estar, em comparação com as práticas comuns no país de destino. O 'efeito do imigrante saudável' está bem documentado na literatura<sup>102</sup>. Com a excepção de algumas taxas mais elevadas de doenças infecciosas, incluindo TP e VIH, o estado de saúde dos imigrantes é muitas vezes melhor do que o da população do país de acolhimento. Como tal, não devem ser feitas pressuposições generalizadas em relação ao estado de saúde dos MRPD. Existe, contudo, determinados aspectos prioritários relacionados com a saúde que devem receber atenção. Crianças, mulheres, idosos e pessoas com incapacidades são especialmente vulneráveis e estão frequentemente expostas a discriminação, exploração e abuso físico, sexual e psicológico<sup>101</sup>. As necessidades em matéria de saúde reprodutora e sexual devem ser prioritárias, tendo em conta que o processo de migração aumenta o risco de violência sexual e a violência baseada no género. Além disso, a violência sexual e a violência baseada no género são comuns em situações de conflito e é cada vez mais utilizada como arma de guerra.

Em 2017, 50% dos refugiados eram crianças com menos de 18 anos<sup>75</sup>. Muitas foram separadas das suas famílias e estão sozinhas. As crianças são especialmente vulneráveis e devem ser feitos esforços específicos para minimizar o impacto da migração na saúde e no bem-estar das mesmas.

Mais de 40% No abrigo Kutupalong, em Bangladesh, mais de 40% das crianças apresentam atraso no crescimento.

A saúde mental deve receber igualmente a máxima prioridade. As experiências negativas dos MRPD acima mencionadas, a par com os potenciais factores pré-imigração e os níveis altos de stress, conduziram a taxas mais elevadas de danos mentais. Os MRPD têm risco aumentado de distúrbios do foro psicológico, nomeadamente distúrbio de stress pós traumático (DSPT), depressão e psicose, que se agravam ainda mais devido à falta frequente de apoio social e cuidados de saúde mental no país de destino.

### Saúde dos migrantes — a pedra angular da CUS

Apesar de os MRPD poderem deparar-se com desafios específicos relacionados com a saúde, o objectivo é tornar os serviços de saúde universalmente acessíveis a todos. Independentemente da localização e do enquadramento, os cuidados de saúde deverão estar disponíveis. A migração será fundamental para alcançar os ODS e a CUS. A importância da migração no desenvolvimento é clara — está interrelacionada com, pelo menos, oito dos ODS, incluindo saúde, ensino, pobreza, sexo, igualdade, trabalho digno, cidades sustentáveis e acção climática.

Um em cada três refugiados sírios sofre de depressão, ansiedade e sintomas de DSPT.

O igual acesso a cuidados de saúde é um direito humano. Contudo, este direito é, muito frequentemente, violado pelas múltiplas barreiras para aceder ao nível de cuidados de saúde de que os MRPD necessitam. Os padrões de mudança e a complexidade aumentada da migração da população

aumenta o risco de as necessidades de saúde dos migrantes não serem atendidas. A nível individual e da família, os factores que afectam o acesso incluem a capacidade de orientação no sistema de saúde, a experiência anterior com este sistema e as expectativas de cuidados de saúde, o idioma e as barreiras culturais, vergonha/estigma, medo de deportação, falta de recursos financeiros e crenças e comportamentos associados à saúde<sup>104, 105</sup>.

A incapacidade de alguns países para responder de forma adequada deve-se, em parte, a padrões de migração histórica que estabeleceram políticas, programas e estratégias de sistemas de saúde que ainda continuam em vigor. Além disso, a prestação de cuidados de saúde encontra-se muitas vezes no âmbito do contexto do estatuto legal ou administrativo dos indivíduos. Muitos MRPD são ilegais e não têm documentos, o que representa uma barreira específica ao acesso a serviços de cuidados de saúde.<sup>106</sup> Os programas de saúde baseiam-se frequentemente na diferença em indicadores de saúde entre a população migrante e a população geral do país<sup>100</sup>. Como os padrões de migração têm-se alterado, estes programas já não respondem de forma adequada às necessidades dos MRPD no que respeita à saúde. É frequente a saúde dos MRPD não estar integrada nos planos nacionais e regionais, e os países não estarem preparados para o esforço adicional que os seus sistemas sociais e de saúde têm de suportar.

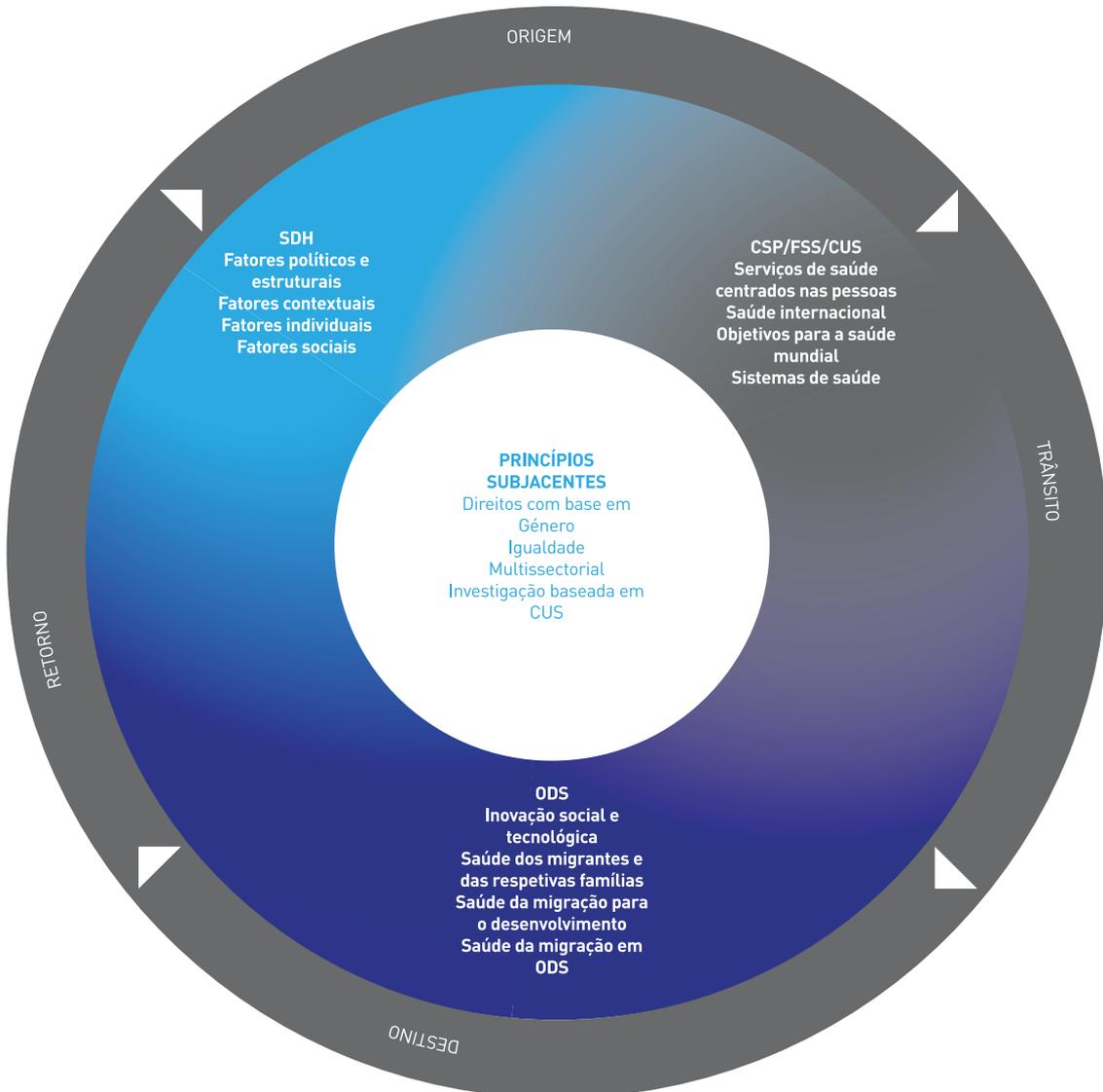
O artigo "Health, Health Systems, and Global Health"<sup>100</sup> considera a saúde da migração como uma agenda unificada, juntando a saúde global, o desenvolvimento sustentável e os determinantes da saúde sociais (figura 10). Neste modelo, as fases de migração são apresentadas de forma integrada, em vez de estarem limitadas à fase de chegada, onde é dada habitualmente especial atenção. Reconhece igualmente as populações de MRPD derivadas a crises e a migração populacional estrutural que ocorre ao longo do tempo.



Story of Joseph, oversees nursing in refugee camp in South Sudan.

Figura 10: Estratégias para reduzir a violência contra enfermeiros Adaptado de <sup>89</sup>

## SAÚDE NA MIGRAÇÃO – UMA AGENDA UNIFICADORA



Haverá diferenças significativas em serviços de saúde, dependendo das realidades nacionais e das capacidades determinadas por leis, regulamentos, políticas e prioridades. Contudo, a migração tem de ser tratada de forma cooperativa e abrangente. O Quadro da OMS para a Saúde dos MRPD estabelece os princípios orientadores que se seguem, relativos à saúde dos MRPD.<sup>104</sup>

- O direito a usufruir do mais elevado padrão de saúde física e mental.
- Igualdade e não-discriminação.
- Acesso equitativo a serviços de saúde.
- Sistemas de saúde centrados nas pessoas e sensíveis ao género, ao migrante e ao refugiado.
- Práticas de saúde não-restritivas baseadas nas condições de saúde.
- Abordagens que envolvam todo o governo e toda a sociedade.
- Participação e inclusão social de refugiados e migrantes.
- Parcerias e cooperação.

Além de assegurarmos a saúde e o bem-estar dos MRPD, devemos ter sistemas sólidos de saúde pública que sejam eficazes na prevenção e na resposta a grandes movimentações de pessoas. A movimentação de pessoas é uma ameaça na medida em que aumenta a propagação, potencialmente incontrolável, de doenças transmissíveis. Em 2014, o mundo testemunhou um surto de Ébola que se propagou mais depressa e mais longe do que nunca. Este surto devastou os já frágeis sistemas de saúde da Serra Leoa, da Libéria e da Guiné, que não estavam preparados para lidar com uma epidemia desta magnitude e complexidade médica. Além disso, o quase colapso dos sistemas de saúde destes países conduziu a uma deterioração dos sistemas de ensino, da segurança pública e da economia. Isto, juntamente com os recentes acontecimentos na saúde pública, veio evidenciar a importância da migração na segurança da saúde global.

### O papel que a Enfermagem desempenha em assegurar o acesso a um dos grupos populacionais mais vulneráveis

É provável que os MRPD encontrem um enfermeiro durante a primeira interacção com o sistema de cuidados de saúde. Os enfermeiros estão capacitados para prestar cuidados dignos, éticos e que têm em conta o género e a cultura dos MRPD e da respectiva família, que reconhecem a inter-relação entre os desafios e as necessidades físicas, psicossociais, espirituais, culturais e sociais. Isto é essencial para aumentar e assegurar a aceitação dos serviços de saúde, uma componente crucial do acesso aos cuidados de saúde. Os enfermeiros são encorajados a desenvolver e promover continuamente a própria competência cultural e a assegurar que esta está incluída na prestação de cuidados.

Os CSP permanecem como a mais importante ferramenta no desenvolvimento da CUS. Este é, frequentemente, o primeiro ponto de contacto dos MRPD com o sistema de saúde. Os enfermeiros lideram as iniciativas de CSP e estão na linha da frente no que toca a cuidados primários. Os enfermeiros podem conquistar a confiança e estabelecer relações de apoio no encontro inicial, facilitando assim o acesso futuro. O papel do enfermeiro é o de prestador de cuidados de saúde, educador, coordenador de cuidados e defensor. Os enfermeiros são os profissionais que mantêm relações cruciais entre indivíduos, famílias e comunidades e todas as áreas dos sistemas sociais e de saúde. Os níveis elevados de colaboração e a integração de serviço pelos sistemas

referidos ajudarão a reduzir as barreiras do acesso a cuidados. Os enfermeiros desempenham um papel importante em acções de cooperação para responder a necessidades relacionadas com cuidados de Enfermagem e de saúde a longo prazo e imediatos, e trabalham no estabelecimento de prioridades relacionadas com aspectos da saúde sexual e reprodutora, vulnerabilidades associadas à idade, violência baseada no género e saúde mental.

O Quadro da OMS estabelece as prioridades para a promoção da saúde dos MRPD.<sup>104</sup> No desempenho das suas funções enquanto educadores, investigadores, figuras de influência na política e executivos, os enfermeiros podem e estão a contribuir para que estas prioridades sejam cumpridas. Incluem:

- preconizar a integração da saúde dos MRPD na agenda e no plano de contingência a nível regional, nacional e mundial;
- promover políticas de saúde, protecção social e legal e programas de intervenção que tenham em conta os MRPD;
- promover a capacidade de fazer face aos determinantes sociais da saúde;
- fortalecer a monitorização da saúde e os sistemas informáticos de saúde;
- acelerar a evolução no sentido de atingir os ODS, incluindo a CSU;
- reduzir a mortalidade e a morbidade entre os MRPD através de intervenções a curto e longo prazo na saúde pública;
- proteger e melhorar a saúde e o bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes a viver em abrigos para migrantes e refugiados;
- promover a continuidade e qualidade dos cuidados;
- desenvolver, reforçar e implementar medidas de segurança em matéria de saúde ocupacional;
- promover a igualdade de género e capacitar as mulheres e as raparigas que pertencem ao grupo dos MRPD;
- apoiar medidas para melhorar a comunicação e combater a xenofobia;
- Fortalecer parcerias, a coordenação interagências, interpaíses e intersetoriais, e os mecanismos de colaboração.

Os cuidados competentes do ponto de vista cultural respeitam a diversidade no que respeita a raça, etnia, idade, sexo, orientação sexual, incapacidade, estatuto social, crenças espirituais e religiosas e nacionalidade; reconhecem as populações em risco de discriminação; e prestam apoio em caso de diferenças nas necessidades de cuidados de saúde que podem resultar em disparidades nos serviços de cuidados de saúde.

Promover e proteger a saúde dos migrantes é essencial para alcançar a CUS e deveria ser parte integrante da estratégia



Philomena in Nigeria, cares for malnourished children.

da CUS. De igual modo, a migração impacta fortemente as metas e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, não apenas os que estão relacionados com a saúde, como vários outros incluídos na agenda. Assegurar serviços de saúde de elevada qualidade protege a saúde global da população e conduz ao desenvolvimento social e económico. Acima de tudo, o igual acesso a cuidados de saúde é um direito humano. O impacto da migração na

saúde e no bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades é complexo e multifacetado. É necessário adoptar uma abordagem que vise a integração e colaboração da sociedade como um todo para dar resposta a esta situação, e os enfermeiros são fundamentais quando se trata de garantir, de forma bem-sucedida, Saúde para Todos.



Photo Credit – ICN International Council of Nurses



Photo Credit – Stephen Gerard Kelly

## Estudo de caso

# PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A IMIGRANTES - Rebecca A. Bates, EUA

Nos EUA, as populações de refugiados têm muitas dificuldades em aceder aos serviços de cuidados de saúde devido a políticas e sistemas de pagamento que criam barreiras aos cuidados de saúde. A *Adams Compassionate Healthcare Network* (ACHN) elimina muitas destas barreiras. Uma clínica gratuita, na área suburbana de Virgínia, a ACHN tem o objectivo de prestar cuidados de saúde fundamentados e de elevada qualidade a qualquer pessoa que não tenha seguro ou viva na pobreza. Os seus pacientes são, em grande parte, imigrantes e refugiados de países maioritariamente muçulmanos, que vivem com doenças crónicas. Não costumam ter seguro e foram poucas as oportunidades de acederem a serviços de cuidados de saúde nos seus países de origem. Algumas destas pessoas enfrentam impedimentos relacionados com o transporte, o que os leva a renunciarem a serviços de cuidados de saúde, em prol de conseguirem alimento, abrigo e trabalho. Isto leva a faltas laborais e hospitalizações devido a diabetes não controlada, hipertensão, doença cardiovascular e cancro não diagnosticados. A maior parte dos pacientes da ACHN enfrentam também impedimentos do ponto de vista financeiro e de literacia.

Enquanto local de cuidados primários, a ACHN cobre a maior parte das necessidades dos seus pacientes, incluindo: cuidados primários; encaminhamento para cuidados especializados e serviços sociais; monitorização e avaliação de doenças crónicas; avaliação do impacto através do registo de doenças crónicas para ajudar a identificar os pacientes de risco mais elevado, permitindo intervenções direccionadas; calcular o custo relativo aos cuidados em todos os serviços prestados; e preconizar a expansão da Medicaid e de políticas favoráveis aos refugiados. Este

modelo de cuidados permite uma avaliação holística e o tratamento de todos os pacientes. A tele-saúde foi implementada como uma ferramenta para melhorar a ligação aos pacientes e como uma forma de introduzir tradutores, conforme necessário. As parcerias comunitárias com especialistas e serviços sociais ajudam a lidar com a insegurança alimentar, habitacional e profissional, para garantir o acesso dos pacientes aos serviços de que precisam para otimizar a saúde e o bem-estar.

Desde que a clínica iniciou actividade, há cinco anos, foram prestados cuidados a 1500 indivíduos sem seguro, o que representou um valor de um milhão de dólares americanos em serviços. No último ano, as visitas de pacientes aumentaram em 31%, as horas de voluntariado, 207%, e deu-se início a serviços de fisioterapia, oftalmologia e gestão da dor.

## A história de um paciente

Asha\*, uma recém-refugiada proveniente do Iraque, apresenta um historial de seis meses com nódulo na mama, que não pôde ser avaliado devido a falta de acesso a serviços. A ACHN realizou o trabalho de diagnóstico e o estabeleceu o plano de cuidados até ao tratamento de que ela precisava para tratar o cancro da mama. Ajudaram-na a solicitar apoio no hospital local; a coordenar as consultas de especialidade; e continuou a prestar os serviços de cuidados primários durante e após o tratamento da Asha.

\*Nome fictício.

## DESAFIO 5 DA SAÚDE MUNDIAL: A NOSSA SAÚDE E O NOSSO BEM-ESTAR MENTAL

**"A abordagem actual seguida pelos psiquiatras ignora praticamente os mundos sociais onde surgem os problemas de saúde mental e tenta tornar-se extremamente biomédica como outras especialidades da medicina, como a cardiologia e a oncologia. Mas a psiquiatria tem de estar muito mais integrada nos mundos sociais e pessoais das pessoas." Dr. Vikram Patel, codirector do Centro de Controlo de Doenças Crónicas, na Fundação para a Saúde Pública da Índia**

### Subvalorização e subinvestimento

Mesmo nos modernos sistemas de saúde do mundo, o sistema de saúde está a falhar no que toca a ir ao encontro das necessidades das pessoas que se deslocam aos hospitais e apresentam crises de saúde mental. O sistema está a falhar, na medida em que os pacientes com doenças mentais podem acabar por aguardar mais tempo do que outros pacientes para serem avaliados ou receberem tratamento. Como resultado, muitos pacientes de saúde mental saem do serviço de urgência por sua conta e risco, e não aceitando conselhos.<sup>62</sup>

←2 dólares americanos O nível de despesas de saúde mental em PRM<sup>63</sup>

O acesso a serviços de saúde mental comportáveis e de qualidade está actualmente em crise. A OMS prevê que, aproximadamente, dois terços das pessoas com um problema de saúde mental conhecido nunca procuraram ajuda de um profissional de saúde. Estigma, discriminação e negligência impedem que os cuidados e o tratamento cheguem às pessoas com distúrbios mentais.

Distúrbios mentais Representam a maior causa de incapacidade e doença no mundo.<sup>63</sup>

Quando são prestados cuidados, as violações dos direitos humanos permanecem como um traço comum quando as pessoas são abusadas, detidas<sup>63</sup> forçosamente ou encarceradas. A qualidade dos cuidados também não é adequada — por exemplo, para os que têm um distúrbio

depressivo, apenas uma em cada cinco pessoas nos países de rendimento elevado e uma em cada 27 pessoas em países com rendimentos baixos recebem o tratamento adequado mínimo<sup>65</sup>.

1,1 mil milhões Pessoas com algum tipo de distúrbio mental ou associado ao consumo de substâncias.<sup>66</sup>

Estas estatísticas põem em evidência o lamentável estado nacional e internacional. A acção cabe aos nossos governos, pelo que estes são, em parte, responsáveis pela situação em que nos encontramos.

No projecto Atlas da OMS sobre a Saúde Mental<sup>63</sup>, é demonstrado que 40% dos países não têm nenhuma política relativa à saúde mental e que mais de 30% não têm nenhum programa de saúde mental. Além disso, um em cada quatro países não tem legislação que vise a protecção e promoção da saúde e do bem-estar das populações.

275 milhões Pessoas que sofrem de distúrbio de ansiedade.<sup>66</sup>

Esta situação, de qualquer forma, é uma tragédia global. É necessário fazer uma reforma e um investimento urgentes para ir ao encontro das necessidades de saúde e bem-estar das pessoas que sofrem da maior causa mundial de incapacidade e doença no mundo — distúrbios mentais.

## Saúde Mental para Todos

Em todo o mundo, os cuidados de saúde mental e as doenças relacionadas com o abuso de substâncias sofrem de escassez de recursos. Com a introdução de objectivos e indicadores no âmbito dos ODS, existe a possibilidade de muitas pessoas, se não mesmo de milhões de pessoas, poderem vir a receber os cuidados de que necessitam. Contudo, para que isto aconteça, terá de haver cobertura de saúde mental para todos e inclusão social. Para derrubar as barreiras aos cuidados de saúde e ir ao encontro dos determinantes da saúde mental, será necessária uma mudança na atitude pública e na inclusão no seio das sociedades. É sabido que existem variadíssimos factores sociais, psicológicos e biológicos capazes de determinar o nível de saúde mental de uma pessoa num certo momento. Como tal, a acção deve ser transversal a vários níveis. Mas, antes de tudo, a saúde mental deve ser melhor integrada na agenda da saúde pública e nos CSP.

**A Saúde Mental não discrimina.** Recentemente, um multimilionário australiano deixou o cargo na administração do maior sector de Casino e Resort da região devido à sua batalha contínua contra a depressão e a ansiedade.

Como um importante passo no sentido de enfrentar o problema, a Comissão Independente de Alto Nível da OMS sobre DNT incluiu as doenças de saúde mental como uma DNT. Tanto as DNT como a saúde mental são amplamente afectadas pelo ambiente e pelas circunstâncias sociais em que as pessoas nascem, crescem, brincam, trabalham e vivem. Têm também em comum muitas características, como se indica de seguida.<sup>67</sup>

- As doenças mentais são frequentemente determinadas pelo ambiente e pelas circunstâncias sociais em que as pessoas vivem, e pela exposição a factores de risco (por. ex., alimentação, exercício e consumo de álcool e drogas)
- As doenças mentais podem ocorrer em qualquer momento da vida e são frequentemente prolongadas

(crónicas), e exigem gestão e apoio a longo prazo e não um tratamento pontual.

- As doenças mentais ocorrem muitas vezes em conjunto com outras DNT físicas. As pessoas com doença mental tendem a ter piores resultados na saúde do que a comunidade em geral.

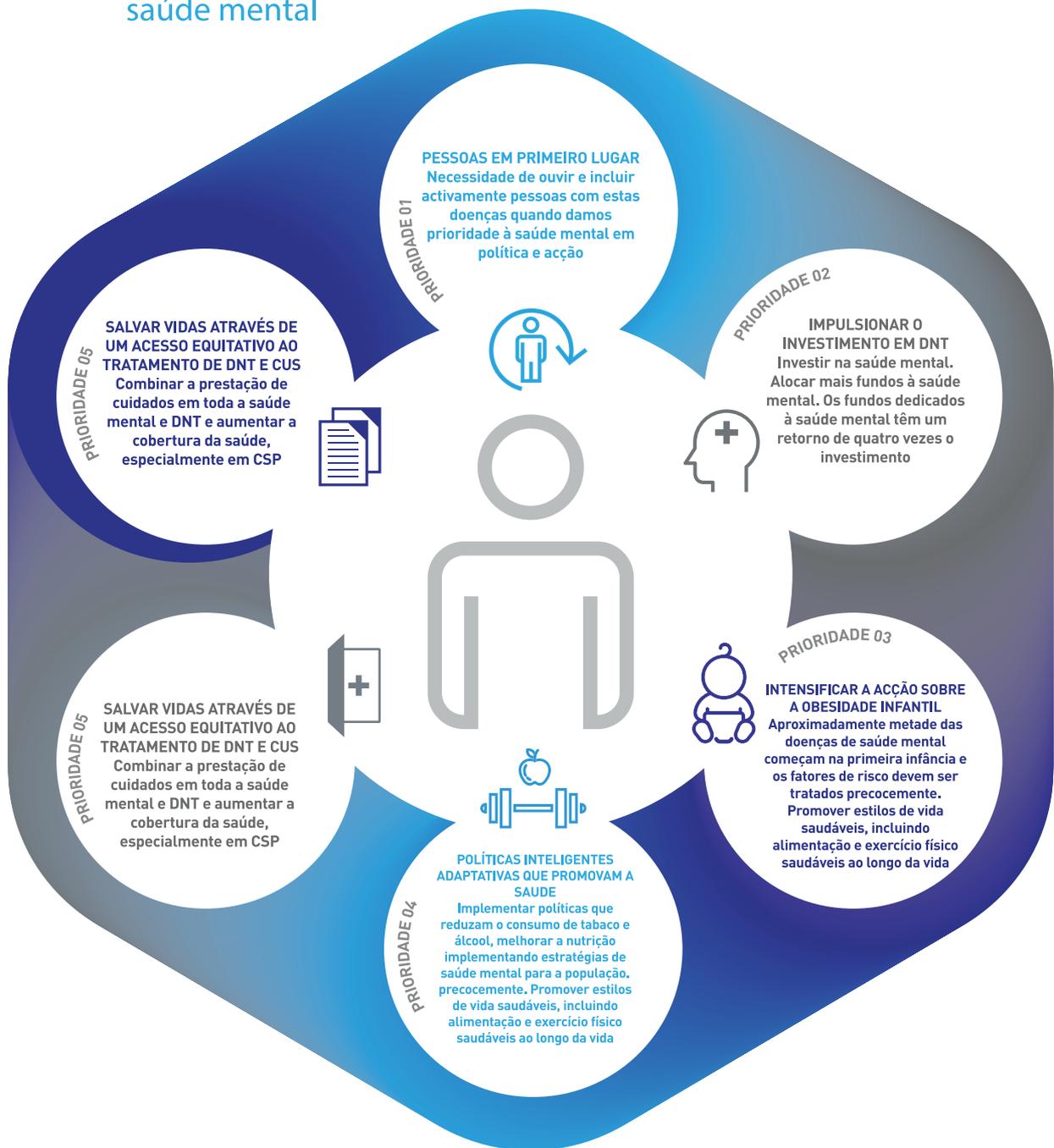
10-25 anos Redução da esperança de vida em pacientes com doença mental grave.<sup>68</sup>

A Federação Mundial da Saúde Mental recomendou seis prioridades para a Comissão de Alto Nível da OMS sobre DNT para tratar da questão das doenças de saúde mental. Estas encontram-se referidas na figura <sup>11</sup>.

**"Esperar e esperar e esperar, e sentir que nunca vai acontecer." Paciente de saúde mental a aguardar por cuidados num serviço de urgência <sup>69</sup>**



Figure 11: Seis prioridades no tratamento dos desafios relacionados com saúde mental



Ao avançar na agenda das DNT, a Assembleia-Geral das Nações Unidas adoptou a resolução <sup>70</sup>, a 10 de Outubro de 2018, intitulada "Declaração Política da 3.ª Reunião de Alto Nível da Assembleia-Geral sobre Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis." O ICN congratula e apoia as acções acordadas nas resoluções, em especial:

- o plano de acção que contempla "o envolvimento de todo o governo" e "a saúde em todas as políticas";
- o desenvolvimento de serviços abrangentes e tratamentos para pessoas que vivem com distúrbios mentais e outras doenças de saúde mental;

- A promoção do acesso a diagnósticos, exames, tratamentos e cuidados acessíveis;

Enquanto aplaudimos estas estratégias, o ICN está preocupado com a falta de reconhecimento do papel dos recursos humanos na área da saúde na prestação de cuidados, na defesa e na liderança no tratamento da saúde mental e das DNT. O ICN está também preocupado com a falta de presença de consumidores e da comunidade no desenvolvimento de políticas, estratégias e legislação relacionadas com saúde mental e DNT. Os cuidados centrados na pessoa e o envolvimento da comunidade têm de estar no centro de quaisquer planos de implementação futuros.

#### 4% do PIB

Estima-se que o custo da saúde mental (OCDE) representa 4% do PIB. Dito de outra forma, por cada 10% ganho em saúde mental, o PIB aumentaria em 0,4%.

10 mil milhões de dólares

O custo da doença mental para a economia.

Principais características de um sistema de saúde criado para responder ao desafio da saúde mental Não há soluções simples nem únicas para fazer face ao encargo que a doença mental representa. Tem de ser uma abordagem abrangente e integrada que reconheça o importante papel que os sistemas de saúde têm na liderança e na coordenação da luta contra as DNT. Os sistemas de saúde fortes e resilientes capazes de responder às necessidades de indivíduos e comunidades deveriam ter as características principais de seguida indicadas<sup>71</sup>.

1. O desenvolvimento de legislação, políticas e planos coerentes e consistentes através da consulta de consumidores, profissionais de saúde (especialmente enfermeiros) e comunidade e do envolvimento destes.
2. Um sistema de saúde com recursos adequados para satisfazer as exigências através de cuidados contínuos (com foco na prevenção e na promoção) e da aplicação de proporcionalismo universal para impulsionar a igualdade de acesso. Um sistema de saúde com recursos adequados tem um número suficiente de profissionais de saúde com uma combinação apropriada de competências. Inclui igualmente um ambiente de trabalho seguro.
3. Os CSP integrados que gerem de forma pró-activa a saúde e o bem-estar. Gestores de caso (ou *nurse navigators*) e enfermeiros especializados em saúde mental demonstraram como melhorar o percurso do paciente e a integração de serviços de saúde.
4. Serviços especializados de saúde mental acessíveis de forma adequada para proporcionar cuidados atempados e eficazes para doenças crónicas. Preferencialmente, este cuidado especializado deveria ser prestado como parte de uma abordagem multidisciplinar dos cuidados.
5. O sistema de saúde utiliza uma abordagem dos cuidados centrada nas pessoas que promove os direitos dos consumidores.
6. Existe um enfoque nos cuidados de saúde baseados em valor para a saúde mental, o que significa que o financiamento de sistemas promove modelos de cuidados que disponibilizam bons resultados em saúde por um valor que pode ser

suportado. É necessário estabelecer prioridades no que respeita a serviços com incentivos apropriados para obter os resultados pretendidos.

7. Acesso melhorado a medicamentos de qualidade e de preços razoáveis.

8. As soluções de informação são utilizadas para apoiar a gestão de saúde da população, a gestão de doença, a coordenação de actividades, a melhoria da autogestão e a monitorização do desempenho. O sistema informático de Enfermagem é especialmente importante na medida em que os enfermeiros são os prestadores de cuidados que estão na linha da frente no meio hospitalar, clínico e comunitário, e esta informação pode ser utilizada para apoiar uma força de trabalho altamente funcional e eficiente.

9. Uma força de trabalho em saúde adequada ao fim a que se destina que proporcione intervenções centradas nas pessoas e serviços baseados nos melhores conhecimentos disponíveis. Isto inclui:

a. a adopção e o aumento da utilização de enfermeiros especialistas em saúde mental;

b. o desenvolvimento e a implementação de modelos de governo e regulamentares adequados para apoiar os profissionais de saúde que trabalham no pleno âmbito da prática. Em algumas circunstâncias, isto pode significar a redução das restrições que lhes foram colocadas através de ambientes regulamentares inadequados.

c. O financiamento apropriado e modelos de remuneração são implementados. A adopção de inovação e prática é muito influenciada por políticas de pagamento e reembolsos.

d. Apoiar o desenvolvimento de uma mão de obra altamente qualificada e competente através da inclusão da saúde mental em cursos universitários e formação profissional contínua; práticas especializadas através de pós-graduações e do aumento do valor da investigação no domínio da Enfermagem.

---

## Cuidados Colaborativos: Um modelo exemplar de prestação de cuidados acessíveis e de qualidade a um preço acessível

Com os investimentos bem definidos, podem ser feitas melhorias na qualidade dos serviços de saúde e no acesso aos mesmos e, por sua vez, uma melhoria na saúde mental do país. O exemplo que se segue apresenta um modelo baseado em evidências capaz de gerar excelentes resultados de saúde e proporcionar ganhos económicos e de produtividade adicionais para as comunidades.

Os cuidados colaborativos são um modelo de cuidados de saúde que visa a melhoria dos resultados do paciente através a cooperação interprofissional. Isto inclui a colaboração entre CSP e cuidados especializados a trabalhar com um conjunto alargado de profissionais de saúde.

A equipa é liderada por um gestor de cuidados, função desempenhada frequentemente por um enfermeiro. Isto acontece porque os enfermeiros são os únicos profissionais clínicos com formação específica e qualificados para compreender as funções dos outros prestadores de cuidados de saúde. Este conhecimento profundo proporciona uma base sólida para a colaboração de sucesso.

Um traço distintivo dos cuidados colaborativos é encorajar o envolvimento de consumidores e das respectivas famílias enquanto participantes activos no processo de tratamento. O gestor de caso dá apoio a este envolvimento e é responsável por definir um plano de cuidados estruturado que envolve a equipa multidisciplinar. Assegura igualmente que a comunicação chega a todos os profissionais associados, de forma a que os cuidados possam ser prestados para a saúde física e mental.

A comunicação eficaz é essencial para o funcionamento do modelo de cuidados colaborativos. Os enfermeiros estão, normalmente, altamente capacitados para se conseguirem adaptar, gerar empatia e demonstrar boas competências de comunicação, e esta é uma combinação poderosa para assumir a liderança enquanto gestor de caso. Além disso, os enfermeiros formados têm capacidade para compreender e avaliar as necessidades clínicas, emocionais e sociais do paciente, e, portanto, pedir aos recursos disponíveis que criem e implementem um plano de cuidados centrado na pessoa.

A análise de modelos de cuidados colaborativos demonstra que eles não só salvam vidas e melhoram os resultados da saúde, mas também têm um forte retorno sobre o investimento. Por cada dólar investido, há um retorno de 3,72 dólares.



Photo Credit – Stephen Gerard Kelly

## Estudo de Caso

# Estudo de caso: Melhorar a saúde física dos pacientes psiquiátricos em instalações de saúde mental - – Amy Wallace, Australia

As estatísticas demonstram que as pessoas com doenças mentais morrem até 25 anos mais cedo que a população em geral devido a doenças de saúde física que podiam ter sido evitadas. Está provado que o facto de o diagnóstico ser ocultado afecta directamente os cuidados de saúde física que os pacientes de saúde mental recebem, e os sintomas de doença física são muitas vezes ignorados e entendidos como sinais do estado mental destes pacientes. As doenças de saúde física evitáveis estão a contribuir para o alargamento desta disparidade na esperança de vida.

A *Graylands Wellness Clinic* iniciou actividade em 2016 para responder às necessidades de saúde física e mental dos pacientes. A *Wellness Clinic* é um serviço essencial para ajudar a reduzir a disparidade na esperança de vida sentida pelos pacientes de saúde mental no *Graylands Hospital*, o maior hospital de saúde mental da Austrália ocidental. Avaliar e gerir doenças de saúde física evitáveis e ter abordagens definidas especificamente para os cuidados de saúde física contribui fortemente para reduzir esta disparidade no *Graylands Hospital*. O enfermeiro clínico especialista em cuidados de saúde primários (ECE CSP) dirige o serviço e todos os projectos associados. A equipa de Enfermagem é pró-activa na adopção de iniciativas e no voluntariado para prestar assistência e estar representada em comissões associadas.

Durante os 12 meses de duração deste projecto, foram recebidas pelo médico de clínica geral 101 referências (em comparação com apenas 25, nos 12 meses que antecederam o lançamento) e ainda 70 para o ECE CSP. O impacto deste projeto fez com que a maior parte dos

consumidores no hospital tenha agora a oportunidade de aceder a cuidados específicos de saúde física no hospital.

### A história de um paciente

Beth\*, uma mulher de 55 anos, apresentava paranóia com características psicóticas e parecia estar a atravessar uma recaída do seu transtorno bipolar. Descobriu-se que ela tinha, de facto, tomado uma dose elevada de corticosteroides durante um período prolongado e que a psicose foi provocada por esteroides. Enquanto a equipa tratava dos sintomas relacionados com a doença mental, Beth identificou a artrite reumatóide (AR) como a sua maior preocupação. Sem poder ter uma bengala na enfermaria nem tomar esteroides para reduzir a inflamação e a dor, e sem poder ser vista pelos habituais especialistas de clínica geral, o bem-estar de Beth foi significativamente afectado. O ECE CSP conseguiu providenciar uma avaliação urgente de fisioterapia e foi disponibilizado um andarilho para que Beth pudesse andar. O médico contactou o seu especialista de AR e discutiu as opções alternativas de anti-inflamatórios aos esteroides, e estabeleceu a ligação com a Beth para ajudá-la a decidir o que era melhor para ela. O alívio da dor foi conseguido e as informações relacionadas com a utilização segura dos medicamentos foram transmitidas à paciente. As medidas acima apresentadas ajudaram a dissipar a ansiedade, a dor e a inflamação de Beth, e resolveram as suas maiores preocupações. Beth ficou extremamente grata por ter alguém com quem falar que compreendeu as suas batalhas e lhe transmitiu tranquilidade.

\*Nome fictício.

# DESAFIO 6 DA SAÚDE MUNDIAL: OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE E EM TODOS NÓS

Photo Credit – Haiyan Bronte



**"A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à justiça em toda a parte."**

**Martin Luther King Jr**

A 10 de Dezembro de 2018, assinalou-se o 70.º aniversário da Declaração dos Direitos Humanos da Assembleia-Geral das Nações Unidas, um dos documentos mais traduzidos no mundo, já disponível em mais de 500 idiomas diferentes.<sup>74</sup> No momento em que se celebram os 70 anos desde a guerra mundial, o mundo tem ainda um longo caminho até alcançar a paz, a justiça e a igualdade.

68,5 milhões Pessoas que foram obrigadas a deslocar-se.<sup>75</sup>

De acordo com o Índice Global da Paz de 2018, o mundo está a tornar-se menos pacífico.<sup>76</sup> Estima-se, pois, que, neste momento, haja mais pessoas afastadas das suas casas do que alguma vez houve.

O conflito tem consequências enormes em cuidados de saúde. O conflito e a violência prejudicam e enfraquecem os sistemas de saúde. A Cruz Vermelha declara: "Uma das primeiras vítimas do conflito e da violência é o próprio sistema de cuidados de saúde.

4200 pessoas foram vítimas de violência contra cuidados de saúde entre 2012 e 2014.<sup>30</sup>

A lei estabelece que hospitais, ambulâncias e profissionais de cuidados de saúde não deveriam nunca ser alvos porque eles estão a desempenhar as suas funções. Mas isto está muito afastado da realidade. A falta de acesso seguro a cuidados de saúde está a provocar um enorme sofrimento a milhões de pessoas em todo o mundo.<sup>30</sup> As pessoas são privadas de receber cuidados de saúde e os serviços vitais como serviços de maternidade, cuidados infantis e vacinas são cortados. A perturbação dos serviços de saúde tem consequências imediatas e a longo prazo. Por exemplo, a OMS estima que mais de metade das instalações de saúde do Iémen não estão a funcionar. Isto conduziu a surtos mortíferos de cólera e difteria e níveis catastróficos de subnutrição.<sup>77</sup>

90% das atuais baixas causadas pela guerra são civis.<sup>78</sup>

O conflito prolongado enfraqueceu a saúde e os sistemas de saúde até ao ponto em que doenças antigas (por ex., a cólera), praticamente erradicadas (por ex., a poliomielite), e outras doenças que surgiram recentemente estão a crescer e a espalhar-se além-fronteiras. Se o mundo quiser assistir ao cumprimento bem-sucedido dos ODS, então é necessário garantir que a premissa "ninguém é deixado para trás" é realmente seguida.<sup>79</sup> Parte disto assenta no êxito da

aplicação da CUS. O desafio reside, contudo, na implementação da CUS em países cujo estado está caótico ou sem disponibilidade para tal ou é conivente com abusos dos direitos humanos, o que fazer nestes casos?

23 países. O número de países em conflito onde ocorreram ataques contra a saúde dos trabalhadores.<sup>80</sup>

Como é que mesmo serviços simples como cuidados maternos, vacinação e surtos podem ser geridos/evitados? Trata-se de uma questão extremamente difícil, sem respostas fáceis, mas a saúde do mundo está em jogo e nós somos apenas 'tão fortes como o nosso elo mais fraco.'



Ahmed, gunshot wounds  
in the Gaza Strip

Figura 12: Estratégias para a evolução da CUS em situações de conflito



## Prejudicar os que prestam cuidados

A violência contra a saúde não se limita a áreas de conflito e guerra. A violência é um acontecimento diário em todo o mundo para os profissionais de saúde. Aqui inclui-se violência física, sexual e verbal de pacientes e, potencialmente, das respectivas famílias. O problema é tão grave que, pelo mundo, a profissão de enfermeiro é considerada mais perigosa que a de polícia ou guarda prisional. Em Espanha, o problema tornou-se tão grave que foi criado o observatório nacional da violência contra os profissionais da saúde para recolher informação e desenvolver estratégias para combater a violência. No Paquistão, os profissionais de saúde têm sido alvejados, raptados e mortos.<sup>82</sup>

8-38% dos profissionais de saúde sofrem de violência física.<sup>83</sup>

Os profissionais de saúde estão, de facto, sujeitos a riscos específicos devido ao meio em que trabalham. Os enfermeiros trabalham na linha da frente com situações stressantes, imprevisíveis e potencialmente voláteis, que podem ser agravadas por drogas ou outras substâncias. A situação é tal que os profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros, esperam, ou chegam mesmo a aceitar, a violência como algo que faz parte do seu trabalho. Mas a violência não tem apenas efeitos físicos, mas também psicológicos e na forma como os enfermeiros interagem com os pacientes e as respectivas famílias. As consequências psicológicas que resultam da violência podem incluir medo, ansiedade, tristeza, desconfiança e depressão. A investigação demonstrou que, como resultado da violência, os enfermeiros podem sentir menos empatia, o que tem impacto na qualidade dos cuidados que prestam. Existe uma ligação clara entre violência e acontecimentos subsequentes adversos.<sup>84</sup>

A violência contra enfermeiros pode também ter consequências significativas no âmbito económico e da saúde, tanto nos enfermeiros como no sistema de saúde em que trabalham.

As consequências económicas no sistema de saúde podem vir a resultar de baixa por doença, acção legal, eficácia diminuída da equipa e recrutamento e retenção de pessoal. Isto adicionado às já existentes pressões que o sistema de saúde enfrenta ao tentar satisfazer a procura da comunidade por serviços de saúde.<sup>85</sup>

O impacto do conflito e da violência na CUS  
É muito pouco provável que os países afectados pela escassez de mão de obra no sector da saúde e/ou pela má

distribuição alcancem a CUS. A produtividade, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde dependem fortemente do número, das capacidades e das competências dos recursos de Enfermagem. A escassez e as elevadas taxas de rotatividade dos enfermeiros são, portanto, um tema importante em todo o mundo. Embora se trate de um tema complexo, a violência e os conflitos desempenham uma parte importante nos recursos humanos para a saúde.

Défice estimado de 9 milhões de enfermeiros em 2013.<sup>86</sup>

A violência contra os enfermeiros ameaça a prestação de cuidados de saúde eficazes e viola os seus direitos humanos. Prejudica a sua dignidade pessoal e integridade. É um ataque ao próprio sistema de saúde.

Os ataques, os assaltos e as agressões contra enfermeiros representam um risco significativo para a força dos sistemas de saúde e para o desenvolvimento e a sustentabilidade da CUS. Devem ser instituídas protecções para garantir ambientes de trabalho onde exista respeito e segurança. A violência no local de trabalho contra os profissionais de saúde é muitas vezes um problema social oculto, com pouco reconhecimento por parte dos governos e da comunidade. Este aspecto deve ocupar o topo da agenda da comunidade internacional com acções por parte de governos, decisores políticos, educadores, investigadores, gestores de saúde e, acima de tudo, combatentes e comunidades. Os enfermeiros devem ser respeitados e valorizados, pois ocupam a linha da frente no que toca a manter e garantir os mais elevados padrões de saúde e bem-estar.<sup>87</sup> Como um dos seus princípios fundamentais, a Estratégia Global da OMS para os Recursos Humanos no Sector da Saúde: No *Workforce 2030*<sup>88</sup>, afirma-se que os actores devem "defender os direitos pessoais, laborais e profissionais de todos os profissionais de saúde, incluindo ambientes de trabalho seguros e dignos e ausência de todos os tipos de discriminação, coerção e violência."



## Figura 13: Estratégias para reduzir a violência contra enfermeiros

Adapted from 89



- A violência contra os profissionais de saúde viola os direitos humanos
- Defender a "tolerância zero" quanto a violência no local de trabalho
- Proporcionar aos enfermeiros o acesso às licenças legais, psicológicas e a férias remuneradas, conforme adequado.
- Promover a melhoria da educação e da formação contínua na prevenção, no reconhecimento e na gestão da violência

- Sensibilizar o público e a comunidade de enfermagem para os sinais e sintomas de violência contra os profissionais de saúde.
- Participar no desenvolvimento e na implementação de estratégias de prevenção e gestão de violência.

- A violência contra os profissionais de saúde enfraquece os sistemas de saúde e coloca em risco a prestação segura de cuidados.
- Apoiar a denúncia de violência no local de trabalho.
- Combater a violência no local de trabalho exige uma abordagem à escala do sistema.
- Normas jurídicas eficazes e protecção em vigor.
- Assegurar sistemas, políticas e procedimentos de gestão de risco eficazes e apropriados, e o cumprimento de planos de segurança no local de trabalho.
- Partilhar a experiência de violência no local de trabalho para melhorar a avaliação do risco de situações perigosas ou potencialmente perigosas.

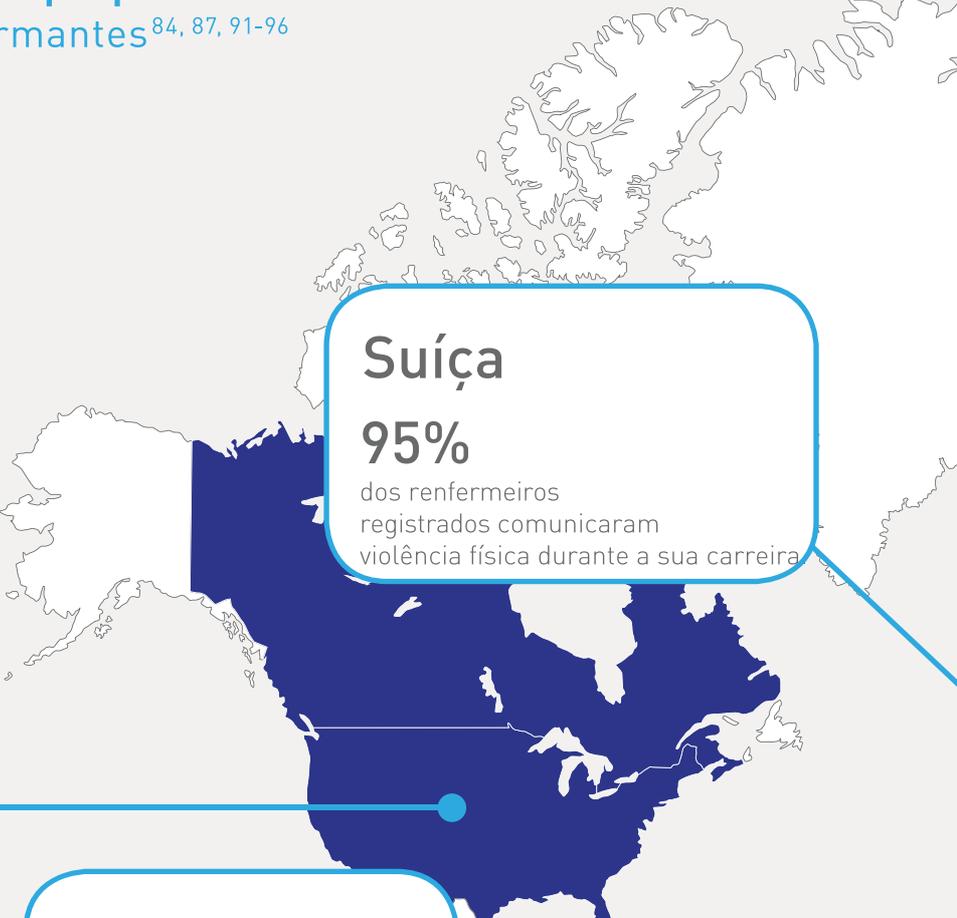
- Criar ou disponibilizar mecanismos de comunicação eficazes, confidenciais e fáceis de utilizar.
- Organizações de cuidados de saúde para comunicar às autoridades legais qualquer acto de violência criminoso.
- Auditoria regular para determinar o cumprimento.
- Participar em pesquisas para continuar a estabelecer um conjunto de dados fidedignos sobre a violência na enfermagem e no sector dos cuidados de saúde, e apoiar o desenvolvimento de medidas consistentes e comparáveis, para estabelecer a relação entre resultados e disponibilizar esta pesquisa.

### Apelo à Acção

Em 2002, a OMS, a OIT, a PSI e o ICN desenvolveram os Orientações-Quadro para Lidar com a Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde.<sup>90</sup> O quadro foi desenvolvido para apoiar governos, empregadores, trabalhadores, sindicatos, organizações profissionais ou membros do público. Passaram mais de 16 anos desde a publicação deste relatório. Embora existam muitas coisas que permanecem relevantes nos dias de

hoje, deve utilizar-se a investigação mais recente e os dados para actualizar o relatório e disponibilizar orientações mais específicas aos países. O ICN apela aos outros parceiros que trabalhem com ele na actualização destas orientações e no desenvolvimento de indicadores que permitam medir a evolução nesta área.

**Figure 14: Prejudicando os que prestam cuidados**  
Semelhanças Globais Alarmantes<sup>84, 87, 91-96</sup>



**Canadá e EUA**

**45%**  
de todos os incidentes relacionados com violência no local de trabalho resultam em faltas laborais.

**82%**  
Mais de 82% dos enfermeiros registrados afirmaram ter sofrido violência nos últimos 12 meses

**17%**  
enfermeiros registrados são assassinados enquanto prestam serviço.

**25%**  
de enfermeiros especialistas em psiquiatria sofrem lesões incapacitantes que resultam de agressões dos pacientes.



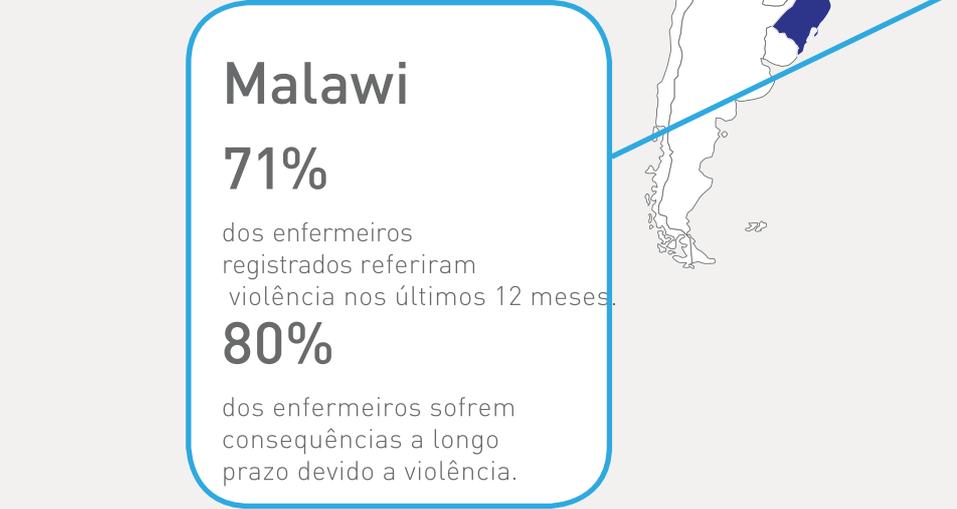
**Suíça**

**95%**  
dos enfermeiros registrados comunicaram violência física durante a sua carreira



**Brasil**

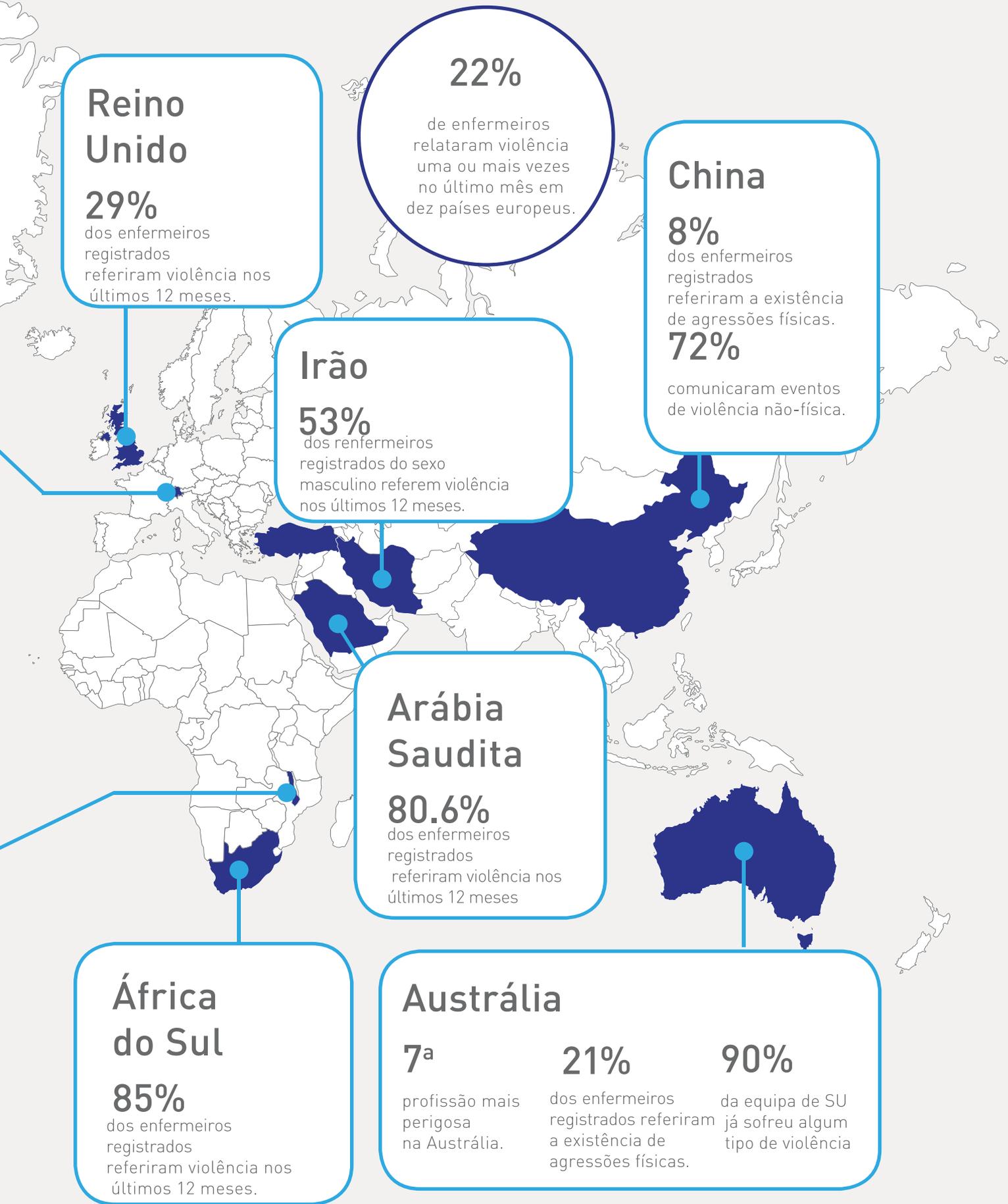
**52%**  
dos enfermeiros registrados referiram ter sofrido comportamentos agressivos mais de duas vezes nos últimos 12 meses



**Malawi**

**71%**  
dos enfermeiros registrados referiram violência nos últimos 12 meses.

**80%**  
dos enfermeiros sofrem consequências a longo prazo devido a violência.



# Changing diabetes

Photo Credit – Manar Nabolssi

PARTE TRÊS

## LIDERANÇA (COM UMÁ REVIRAVOLTA)

### AS RAÍZES DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

A liderança não é algo estranho à Enfermagem. A nossa história está repleta de enfermeiros que transformaram sociedades e sistemas através da liderança. Em todos os países, é provável que os enfermeiros tenham os próprios exemplos de liderança. Florence Nightingale é certamente conhecida por quase todos os enfermeiros. Ainda que a natureza da sua liderança seja um pouco obscurecida pela retórica polida e romântica que cresceu em torno dela, esta enfermeira teve uma visão clara do que significava a liderança em Enfermagem e as razões por que esta liderança era realmente importante. Para ela, a formação era uma base essencial para esta liderança. Tinha igualmente uma profunda compreensão do sofrimento humano e das histórias das pessoas reais cujas vidas serviram como âncora para o seu activismo. A liderança de Nightingale foi intencional e profunda, porque ela compreendia o sofrimento através do que se escondia por trás de cada indivíduo. Ela observou que era frequente as causas e as soluções relacionadas com o sofrimento se situarem em sistemas e níveis sociais. Assim, estes eram os alvos para o seu compromisso enquanto líder.

Hoje, infelizmente, ainda encontramos o tipo de histórias que inspiraram e fundamentaram a liderança de Nightingale. Estas histórias são muito importantes porque nos ajudam a entender os verdadeiros problemas que podemos ajudar a resolver. Para Nightingale, estas histórias foram o que fundamentaram e inspiraram o seu trabalho. No entanto, ela entendeu que as histórias individuais eram o ponto de partida para a mudança, e que elas, por si só, não eram suficientes para impulsionar a mudança ao nível do sistema. Por esta razão, ela documentou sistematicamente estas realidades, utilizando um método que as tornou acessíveis e compreensíveis para aqueles que poderiam fazer mudanças em sistemas e níveis sociais.

A liderança de Nightingale cresceu à medida que ela ganhava a confiança de um amplo círculo de amigos influentes, mas também daqueles que ela representava – nunca esquecendo o objectivo da sua liderança. Enquanto estes eram inicialmente soldados nos campos de batalha, os seus números foram

crescendo para incluir os mais vulneráveis e pobres da sociedade britânica. O caminho da liderança que Nightingale seguiu foi difícil e pautado por barreiras e pela cegueira dos outros perante o sofrimento humano. No entanto, a sua abordagem de liderança objectiva foi bem-sucedida e traça a rota da liderança da Enfermagem no sentido de promover a Saúde para Todos.

A liderança de Nightingale reflecte uma estrutura poderosa para obter conhecimento profundo das perspectivas e posições de ambos os aliados e adversários, enquanto desenvolve estratégias que relatam o progresso e eliminam os obstáculos ao longo do caminho.

Ela entendeu que uma liderança bem-sucedida e orientada para o objectivo requer que os líderes:

- olhem para o problema;
- conheçam as histórias num nível de humano para humano;
- compreendam a questão a um nível de sistemas mais amplo;
- desenvolvam acções através de uma forte articulação do problema com as evidências;
- conquistem a confiança daqueles por quem dá a voz e daqueles com quem fala para estabelecer contacto com os influentes;
- compreendam as partes interessadas, o poder e as posições das mesmas e estejam preparados para serem persistentes na sua luta pelo é necessário alcançar.

Estes actos de exercer liderança, embora bastante simples, são fundamentais para transformar as injustiças e as inquietudes que os enfermeiros enfrentam diariamente nas mudanças necessárias para proporcionar saúde para todos. Por todo o mundo, os enfermeiros são, provavelmente, os que ocupam a melhor posição para dar voz aos mais vulneráveis e excluídos. Sabemos que, em muitos países, a Enfermagem é considerada a profissão de maior confiança. Que melhor ponto de partida para a liderança do que esta confiança — e ter o privilégio e a responsabilidade de a honrar? Chegou o momento — e nós, enfermeiros de todo o mundo, temos a capacidade para ajudar a transformar as histórias daqueles que servimos em políticas e sistemas necessários para proporcionar Saúde para Todos.



## Estudo de Caso

Photo Credit – Marco Di Lauro

# ENFERMAGEM E POLÍTICAS — CADA VEZ MAIS FORTES

## Juliana Lunguzi, Malawi

O Malawi enfrenta vários desafios em matéria de cuidados de saúde, incluindo a escassez de recursos humanos, as infra-estruturas de saúde e de outro tipo limitadas, a escassez de medicamentos essenciais e outros factores que afectam os determinantes sociais da saúde, como a pobreza. Como tal, as principais necessidades de saúde do país dizem respeito a saúde materna e infantil, VIH/SIDA, malária e tuberculose.[30]

A ilustre Juliana Lunguzi é membro do Parlamento do Malawi, em representação de Dedza East. É a ministra-sombra da Saúde e presidente da Comissão Parlamentar da Saúde. Como especialista em Saúde Pública e *registered nurse* estatal, Juliana traz experiência e conhecimento significativos para a comissão e para o seu cargo de ministra-sombra da Saúde. Enquanto enfermeira de saúde pública, ela assistiu, em primeira mão, aos efeitos dos determinantes da saúde na sua comunidade. Ela utiliza este conhecimento Científico do processo de doença e as necessidades holísticas dos indivíduos dentro da comunidade para defender os seus interesses.

Juliana presta consultoria à direcção de saúde no Malawi e está à frente do Governo para assumir a responsabilidade pela aplicação destas políticas. Ela traz para o parlamento uma grande variedade de competências e tem uma visão global da saúde. Isto é evidente na forma como defende os cidadãos nas políticas que estão a ser discutidas no parlamento.

Apesar de ser deputada, Juliana refere que será sempre uma enfermeira, especialmente uma enfermeira de saúde pública. Ela acredita que a sua experiência enquanto enfermeira a preparou para o trabalho que desenvolve na política e que ocupa uma boa posição para implementar mudanças para a melhoria da situação das pessoas no Malawi. Uma das razões pelas quais Juliana se mudou para a política prende-se com a sua vontade de fazer uma diferença, 'especialmente em larga escala'. Enquanto trabalhava como enfermeira, conseguia aperceber-se dos problemas que as pessoas enfrentavam diariamente. Em vez de se queixar e de perguntar por que razão as coisas não podiam ser diferentes, e ficar frustrada com a falta de acção por parte de políticos para resolver estes problemas, ela decidiu agir e ser um líder da mudança.

## INCURSÕES INOVADORAS PARA A SAÚDE PARA TODOS: O TRABALHO DE ENFERMEIROS E DA ENFERMAGEM

Os papéis dos enfermeiros expandem-se, mudam e adaptam-se em formas criativas e inovadoras de modo a lidar com as circunstâncias e as necessidades em mudança dos sistemas de saúde em que trabalham. Encontram-se populações vulneráveis em todo o lado, e os enfermeiros encontraram formas de ajudar a responder às necessidades. Os exemplos incluem:

- comunidades rurais mal servidas (os enfermeiros do Flying Doctors Service que realizam exames médicos em feiras de gado, no interior da Austrália, ou enfermeiros clínicos em comunidades inuítes no Canadá — ver IND 2018);
- prisioneiros e reclusos (onde os enfermeiros procuram prestar variados serviços, muitas vezes como resultado de questões relacionadas com determinantes sociais da saúde);
- refugiados e imigrantes (ambos em campos à espera de reinstalação e à chegada a um novo país);
- indivíduos e famílias em zonas de conflito (através de organizações como o CICV, a SOS ou os MSF);
- vítimas de catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem;
- as pessoas ameaçadas por surtos e epidemias de doenças;
- indivíduos e famílias incapazes de aceder ou interagir adequadamente com os sistemas e serviços de cuidados de saúde (*nurse navigators*, que ajudam as famílias a compreender a necessidade de hospitalização, o que acontece durante esta e como se faz a transição para as comunidades);
- populações de alto risco, nas quais é necessária assistência para um grupo específico de doentes.

Estes exemplos podem ajudar a transmitir informações sobre o trabalho de outros em situações semelhantes. No entanto, há inúmeros outros exemplos que não foram documentados e estão perdidos e deixam, assim, de contribuir para o conhecimento partilhado que ajuda a criar o progresso.

É essencial que trabalhemos mais em articular as necessidades dos mais vulneráveis; avaliando e partilhando o sucesso de programas que concebemos, avaliando e publicando relatórios dos programas que desenvolvemos; e fazendo o trabalho de dimensionamento e generalização destas iniciativas que sabemos que funcionam. A abordagem de liderança de Nightingale fornece orientações sobre isto. É ainda possível retirar conhecimentos profundos da análise dos recursos DIE de 2018 (<https://2018.icnvoicetolead.com/>).

Os enfermeiros também descobriram que, às vezes, é necessário afastarem-se da prática para darem continuidade à sua procura de Saúde para Todos em "Enfermagem". Descobriram que, ao estarem mais perto da tomada de decisões políticas, conseguem ser mais influentes junto dos decisores políticos. Fazem-no ocupando cargos de direcção, sejam relacionados com a saúde ou com outras áreas cujas acções influenciam a saúde, tais como conselhos directivos, câmaras municipais, pertencendo a organizações de saúde mundial ou nacional ou até mesmo fazendo parte do processo do próprio governo nacional.

Por todo o mundo, os enfermeiros apercebem-se de que a influência política é colocada mais eficazmente no centro da criação de políticas, quando o problema está a ser definido e as soluções estão a ser desencadeadas. A representação mundial, a liderança e a defesa da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho foi o cargo que a enfermeira Amanda McClelland ocupou depois de anos a trabalhar na crise do ébola, em África. A viver em Genebra, depois de anos na área, Amanda reflectiu sobre o que é que ela, enquanto enfermeira, trouxe para estas conversações mundiais de alto nível.

O meu papel era o de tradutora, trazendo informação do terreno para estas reuniões de alto nível, explicando as complexidades e as dificuldades de programas verdadeiramente implementados, e depois interpretando a ciência ou as recomendações destas reuniões de volta para o terreno, de uma forma que pudessem ser transformadas em acções...

"Acrescentei uma mobilização social e um aspecto comunitário às discussões sobre a estratégia global, e, gradualmente, foi-me pedido que trouxesse este ponto de vista para as conferências de saúde pública em todo o mundo. A minha mensagem era sempre a mesma: a comunidade tem de estar no centro de todos os planos de emergência de saúde. É engraçado como este conselho de senso comum era recebido com surpresa." (104, pp. 274-5)

A evolução das capacidades de liderança e a influência política dos enfermeiros está no centro do trabalho do ICN. Garantir que os enfermeiros tenham voz no desenvolvimento e na implementação da política de saúde é fundamental para garantir que estas políticas sejam eficazes e satisfaçam as necessidades reais dos pacientes, das famílias e das comunidades em todo o mundo. Os enfermeiros têm a profissão de saúde mais abrangente do mundo. Trabalhamos em todas as áreas onde os cuidados de saúde são prestados. Com o investimento na nossa profissão, temos o potencial para garantir a realização da visão que procura Saúde para Todos.



Photo Credit – Kim Harper

## Case Study

# ENFERMEIROS EM CARGOS DE DIRECÇÃO

## – Kim Harper, USA

O *Nurses on Boards Coalition* (NOBC) tem o objectivo de construir comunidades de saúde, não só nos EUA, mas em todo o mundo, garantindo o envolvimento de mais enfermeiros em conselhos de administração, painéis e comissões corporativos, relacionados com a saúde e com outras áreas. Os cuidados de saúde só podem ser melhorados se a voz da Enfermagem estiver presente nestas decisões.

O NOBC representa 28 organizações de Enfermagem nacionais e outras organizações que trabalham para construir comunidades mais saudáveis através do aumento da presença de enfermeiros em conselhos de administração, painéis e comissões corporativos, relacionados com a saúde e com outras áreas. O objectivo das alianças é melhorar a saúde para todos os cidadãos através da garantia de que os enfermeiros estão na mesa onde as decisões sobre cuidados de saúde são tomadas. A principal estratégia é ocupar pelo menos 10 000 cargos de direcção até 2020, bem como sensibilizar para o facto de todos os conselhos virem a beneficiar de uma perspectiva única dos enfermeiros para alcançar os objectivos relacionados com a melhoria da saúde através de sistemas de cuidados de saúde eficientes e eficazes. Composto por dezenas de voluntários em todos os 50 estados e no Distrito de Columbia, a NOBC fornece recursos para a formação relacionada com a auto-avaliação, desenvolvimento de competências de

administração como também, a correspondência de enfermeiros individuais com potenciais oportunidades para cargos em conselhos. Através da investigação sobre as competências necessárias para prestar funções de direcção, a NOBC desenvolveu um modelo de competências e um modelo de prontidão para os enfermeiros usarem quando se preparam para ocuparem funções de direcção e para desenvolverem as competências que já detêm. Tem também parcerias com conselhos que procuram preencher uma vaga, para identificarem os melhores candidatos tendo em conta as necessidades.

Esta aliança de organizações de Enfermagem altamente bem-sucedida gerou a oportunidade para centenas de milhares de enfermeiros trabalharem em conjunto com vista a atingir um único objectivo: melhorar a saúde das populações através da voz de enfermeiros nas mesas onde as decisões relativas aos cuidados de saúde para as comunidades estão a ser tomadas. O trabalho na NOBC tornou-se num movimento nos Estados Unidos e decorrem discussões com outros países que partilham um interesse na replicação do trabalho.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ueberschlag, L. WHO's Dr Tedros: "It's Not Often You Get A Second Chance, But This Year, We Do". 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.healthpolicy-watch.org/whos-dr-tedros-its-not-often-you-get-a-second-chance-but-this-year-we-do/>.
2. World Health Organization. Almaty celebrates the official 40th birthday of primary health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/09/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care>.
3. Sheikh, K. 'Health for All' forty years on. 2018 [cited 2018 10 October]; Available from: <http://jordantimes.com/opinion/kabir-sheikh/%E2%80%98health-all%E2%80%99-forty-years>.
4. World Health Organization. Definition of health from WHO Constitution. The same is reaffirmed by the Alma Ata Declaration. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
5. WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Time to Deliver: Report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>.
6. Mahler, H., The Meaning of "Health for All by the Year 2000". *Am J Public Health*, 2016. 106(1): p. 36-8.
7. Yamey, G., et al., Investing in Health: The Economic Case. 2016: Doha.
8. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
9. Centre for Health Market Innovations. Rachel House Pediatric Palliative Care 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthmarketinnovations.org/program/rachel-house-pediatric-palliative-care>.
10. Rachel House. How We Began. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://rachel-house.org/about-us/how-we-began/>.
11. Ghebreyesus, T.A. Gender equality must be at the core of 'Health for All'. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health-for-all/en/>.
12. Pandey, K.R., From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. *Global Health*, 2018. 14(1): p. 62.
13. World Health Organization. What is health financing for universal coverage? 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/).
14. The Lancet, The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1369.
15. Primary Health Care Research and Information Service. Introduction to primary health care. 2017 [cited 2017 31 March]; Available from: [http://www.phcris.org.au/guides/about\\_phc.php](http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php).
16. Information is beautiful. 20th Century Death. 2012 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://infobeautiful.s3.amazonaws.com/2013/03/iib\\_death\\_welcome\\_collection\\_fullsize.png](http://infobeautiful.s3.amazonaws.com/2013/03/iib_death_welcome_collection_fullsize.png).
17. Ghebreyesus, T.A., et al., Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1371-1372.
18. Morse, S.S., Public health surveillance and infectious disease detection. *Biosecurity & Bioterrorism*, 2012. 10(1): p. 6-16.
19. World Health Organization. Disease outbreaks by year. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/>.
20. Centres for Disease Control and Prevention. History of 1918 Flu Pandemic. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>.
21. Elizabeth Hanink. Nursing During the Spanish Flu Epidemic of 1918: Fine in the morning, dead by nightfall. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.workingnurse.com/articles/Nursing-During-the-Spanish-Flu-Epidemic-of-1918>.
22. The United States World War One centennial Commission. Nurses We Remember. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.worldwar1centennial.org/index.php/nurses-we-remember.html>.
23. Centres for Disease Control and Prevention. Why It Matters: The Pandemic Threat. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/winter-2017/why-it-matters.html>.
24. World Health Organization, The world health report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century. 2007, WHO: Geneva.
25. Prevent Epidemics. Bringing attention to epidemic preparedness. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://preventepidemics.org/about/>.
26. World Health Organization. Ebola health worker infections. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/en/>.
27. World Bank. Pandemic Preparedness and Health Systems Strengthening; Pandemics, which are large disease outbreaks that affect several countries, pose major health, social, and economic risks. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics>.
28. JEE Alliance. Joint External Evaluation. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.jeealliance.org/global-health-security-and-ihp-implementation/joint-external-evaluation-jee/>.
29. Heymann, D.L., et al., Global health security: the wider lessons from the recent African Ebola virus disease epidemic. *Lancet*, 2015. 385(9980): p. 1884-901.
30. ICRC. The Issue: A humanitarian issue of critical concern. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://healthcareindanger.org/the-issue/>.
31. Jain, V. and A. Alam, Redefining universal health coverage in the age of global health security. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(2): p. e000255.
32. Decoster, K. UHC and global health security: Two sides of the same coin? 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.internationalhealthpolicies.org/uhc-and-global-health-security-two-sides-of-the-same-coin/>.
33. UNHCR. Figures at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
34. Clark, H. Helen Clark: Keynote Address on "Non-communicable Diseases – a Sustainable Development Priority for Pacific Island Countries". 2016 [cited 2018 3 March]; Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2016/06/20/helen-clark-keynote-address-non-communicable-diseases-a-sustainable-development-priority-for-pacific-island-countries.html>.
35. NCD Alliance. Making NCD prevention and control a priority, everywhere. 2018 [cited 2018 18 October]; Available from: <https://ncdalliance.org/>.
36. Matoto, V., et al., Burden and spectrum of disease in people with diabetes in Tonga. *Public Health Action*, 2014. 4(Suppl 1): p. S44-9.
37. Pacific Islands Report. Nearly 800 Amputations From Diabetes Complications

- In Fiji Last Year. 2017 [cited 2018 2 March]; Available from: <http://www.pireport.org/articles/2017/07/17/nearly-800-amputations-diabetes-complications-fiji-last-year>.
38. World Health Organization, Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. 2018, WHO: Geneva.
39. Bulamu Healthcare. The State of Healthcare in Uganda. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://bulamuhealthcare.org/healthcare-in-uganda/>.
40. World Health Organization. Strengthening Country Coordination of Emergency Medical Teams. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: [https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC\\_PhotoStory.pdf](https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC_PhotoStory.pdf)
41. World Health Organization. Emergency Medical Teams. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://extranet.who.int/emt/>
42. National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Bronte Martin. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/about-us/our-people/ms-bronte-martin>
43. World Stroke Organisation. Facts and Figures about Stroke. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>.
44. Akutu, G. Stroke Action Nigeria, WSO partner to improve access to treatment. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://guardian.ng/features/nigerias-health-sector-is-lacking-in-stroke-services-provision/>.
45. Kane, R., R. Priester, and A. Totten, Meeting the challenge of chronic illness. 2005, Johns Hopkins University Press: Baltimore.
46. Hansen, J., et al., Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*, 2015. 34(9): p. 1531-7.
47. Rogers, W. and B. Veale, Primary Health Care: a scoping report. 2000, National Information Service, Department of General Practice, Flinders University: Adelaide.
48. Agency for Healthcare Research and Quality. What is care coordination? 2014 [cited 2017 20 April]; Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.htm>
49. Swerissen, H. and S. Duckett, Chronic failure in primary care. 2016, Grattan Institute.
50. Kane, J., et al., A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Fam Pract*, 2017. 18(1): p. 46.
51. World Health Organization. Patient empowerment and health care. 2009 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>.
52. National Academies of Sciences, E., and Medicine., Up to 8 million deaths occur in low- and middle-income countries yearly due to poor-quality health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180828104034.htm>.
53. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. 2016 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU\\_Medtronic\\_Findings-and-Methodology.pdf](http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf)
54. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. 2010 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf>.
55. Deloitte. Journey to value-based care. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-journey-to-value-based-care-final.pdf>.
56. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
57. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139.
58. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
59. World Bank. DataBank: Service Delivery Indicators. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/service-delivery-indicators>.
60. Leslie, H.H., et al., Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(3): p. e000424.
61. McCleerey, M. Value-Based Care Elevates the Role of the Registered Nurse in Primary Care. 2018 [cited 2018 20 October]; Available from: <https://www.hfma.org/Content.aspx?id=54348>.
62. Willis, O. Emergency departments in 'crisis' as mental health patients left waiting: new report. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/health/2018-10-08/emergency-department-mental-health-crisis/10344852>.
63. World Health Organization, Mental Health Atlas 2014. 2015, World Health Organization: Geneva.
64. World Health Organization. Mental disorders affect one in four people. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/).
65. Frankish, H., N. Boyce, and R. Horton, Mental health for all: a global goal. *Lancet*, 2018.
66. Our World in Data. Mental Health. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>.
67. NCD Alliance, World Federation of Mental Health, and Mental Health Innovation Network. Linking Mental Health and NCD Alliance Campaign Priorities for the 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking\\_Mental\\_Health\\_NCDs\\_HLM3\\_Priorities\\_2018.pdf](https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking_Mental_Health_NCDs_HLM3_Priorities_2018.pdf).
68. World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [cited 2018 30 November]; Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/management/info\\_sheet.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf).
69. Miller, B. Mental health patients waiting for hours, sometimes days in emergency departments. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/2018-02-26/mental-health-patients-waiting-hours,-days-in-emergency-ward/9484346>.
70. United Nations. Seventy-third session Agenda item 119: Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/73/2](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2).
71. European Observatory on Health Systems and Policies. Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/EH-v24n1-March18.pdf>.
72. KPMG. Investing to Save: The economic benefits for Australia of Investment in Mental Health Reform. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing\\_to\\_save\\_may\\_2018\\_-\\_kpmg\\_mental\\_health\\_australia.pdf](https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing_to_save_may_2018_-_kpmg_mental_health_australia.pdf).
73. Health Insights. Nurses in collaborative care teams. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/guidance/healthinsights/nurses-in-collaborative-care-teams/2879/>.
74. Whiting, K. 4 things to know about the state of conflict today. 2018; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2018/09/4-things-to-know-about-conflict-today/>.

75. UNHCR. Figures at a glance. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
76. Institute for Economics & Peace. Global peace index 2018: Measuring peace in a complex world. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-Index-2018-2.pdf>.
77. MSF. Impact 2017: Conflict & Violence. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.doctorswithoutborders.ca/impact-2017-conflict-violence>.
78. Kaldor, M., *New & old wars: Organized violence in a global era*. 2012, Polity Press: Chichester.
79. Health Systems Global. Universal Health Coverage in Crisis-Affected Contexts: The Rhetoric and the Reality. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.healthsystemsglobal.org/blog/254/Universal-Health-Coverage-in-crisis-affected-contexts-the-rhetoric-and-the-reality.html>.
80. International Committee of the Red Cross. Health Care in Danger. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <file:///C:/Users/goste/Downloads/icrc-002-4237.pdf>.
81. Thompson R and K. M., *Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind*. Doha., 2018, World Innovation Summit for Health: Qatar.
82. Nathe, M. Workers Takes a Toll—on Us All. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/everyday-violence-against-health-workers-takes-toll%E2%80%94us-all>.
83. World Health Organization. Violence against health workers. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/).
84. Roche, M., et al., Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh*, 2010. 42(1): p. 13-22.
85. Victorian Auditor-General. Occupational Violence Against Healthcare Workers. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: [https://www.parliament.vic.gov.au/file\\_uploads/20150506-Occ-Violence\\_gccfNRDF.pdf](https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/20150506-Occ-Violence_gccfNRDF.pdf).
86. World Health Organization, *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. 2016, WHO: Geneva.
87. Boafo, I.M., The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*, 2018. 16(1): p. 6.
88. World Health Organization, *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. 2016, WHO: Geneva.
89. International Council of Nurses. Prevention and management of workplace violence. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_PS\\_Prevention\\_and\\_management\\_of\\_workplace\\_violence.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf).
90. International Labour Organization, et al., *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. 2002, ILO: Geneva.
91. Cribb, R. Workplace violence makes nursing one of Canada's most dangerous professions. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/31/workplace-violence-makes-nursing-one-of-canadas-most-dangerous-professions.html>.
92. Bordignon, M. and M.I. Monteiro, Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm*, 2016. 69(5): p. 996-999.
93. Jiao, M., et al., Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2015. 5(3): p. e006719.
94. Pich, J. Violence against nurses is on the rise, but protections remain weak. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://theconversation.com/violence-against-nurses-is-on-the-rise-but-protections-remain-weak-76019>.
95. Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. *The Atlantic* 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
96. HSJ and Unison. Violence against NHS staff: a special report by HSJ and Unison. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://guides.hsj.co.uk/5713.guide>.
97. Czaika, M. and H. de Haas, The globalization of migration: has the world become more migratory? . *International Migration Review*, 2014. 48.
98. MSF. Central America: Fleeing an invisible war. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.msf.org.uk/article/central-america-fleeing-invisible-war>.
99. UNHCR. Rohingya emergency. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
100. Gushulak, B. Health, health systems, and global health: Thematic discussion paper. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf).
101. United Nations. General Assembly resolution 71/1, New York Declaration for Refugees and Migrants, A/RES/71/1. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/71/1](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1).
102. Kennedy, S., et al., The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration & Integration*, 2015. 16(2): p. 317-332.
103. World Health Organization. Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health. 2015 [cited 2018 30 October]; Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf).
104. World Health Organization. Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>.
105. O'Donnell, C.A., et al., Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 2016. 120(5): p. 495-508.
106. Hacker, K., et al., Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*, 2015. 8: p. 175-83.
107. AFRO WHO. Malawi WHO Country Office: 2015 Annual Report. 2015 [cited 2018 21 November]; Available from: <https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf>.
108. McClelland, A (2017) *Emergencies Only* Sydney: Allen & Unwin





[www.icnvoicetolead.com](http://www.icnvoicetolead.com)

To follow the conversations use:  
#VoiceToLead and #IND2019

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)