



PODÍAMOS TER DOIS TEMAS DE CAPA

O primeiro semestre de 2021 é marcado pela perceção de que a vacina não vai salvar tudo de imediato e que, afinal, novas vagas pandémicas colocam os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros - e o Serviço Nacional de Saúde sob uma pressão ainda maior. Está lançada a 'tempestade perfeita' para que dois paradigmas se acentuem.

Por um lado, os enfermeiros estão absolutamente fartos da retórica político-partidária e, por isso, vamos para a rua, vamos contestar e vamos alertar decisores e opinião pública das profundas e reiteradas injustiças que tragicamente marcam o dia-a-dia de profissionais que já estão sob uma enorme pressão. Por outro lado, o SNS foi obrigado a repensar procedimentos e prioridades e, com isso, atingiram-se valores nunca antes vistos de hospitalização domiciliária, acompanhamento médico via telefone, prescrição eletrónica de medicamentos e exames, consultas via vídeo.

Não poderíamos deixar de analisar e discutir com investigadores e profissionais do terreno o que significam estas mudanças no futuro do SNS. E não podíamos deixar de marcar este número da Enfermagem em Foco com imagens da manifestação nacional de enfermeiros do dia 12 de Maio, uma das mais simbólicas e comoventes dos últimos anos.

Agora, está do teu lado. Esperemos que gostes desta edição.

Qualquer sugestão, não deixes de partilhar connosco através do e-mail **informacao@sep.pt**

Título Enfermagem em Foco • Periodicidade Semestral • Direção José Carlos Martins • Coordenação Guadalupe Simões • Redação Comissão Executiva do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses Documentalista Fátima Santos • Secretariado de Redação Dora Galvão e Fátima Santos • Estatuto Editorial www.sep.org.pt/artigo/enfermeiros-portugal/criterios-e-normas-de-enfermagem-em-foco • Propriedade Sindicato dos Enfermeiros Portugueses • NIPC 501 056 904 • Sede do Editor e Redação Av. 24 de Julho no 132, 1350-346 Lisboa • Tel. 213 920 350 • Fax 213 968 202 E-mail sede@sep.pt • Website www.sep.org.pt • Tiragem 12.250 exemplares Preço € 4,00 • Depósito Legal 39770/90 • ERC 115126 • ISSN 0871-8008 • Conceito, design e paginação SOLOS - www.solos.pt • Impressão Jorge Fernades Lda • Sede do Impressor Rua Quinta Conde de Mascaranhas nº9, Vale Fetal - 2820-652 Charneca da Caparica

Distribuição gratuita aos sócios do SEP Permitida a reprodução dos artigos publicados desde que a fonte seja devidamente referenciada. Todos os artigos não assinados são da responsabilidade da Direção Nacional do SEP. Os artigos assinados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

ENFERMAGEM FM ● FOCO

editorial SEP



Caro associado e cara associada

Os primeiros meses de 2021 foram dramáticos. O número de doentes Covid-19 internados em enfermaria, nos cuidados intensivos, noutros equipamentos e em casa colocou serviços, profissionais de saúde e o país sobre uma enormíssima pressão.

Esta duríssima prova, que conseguimos ultrapassar, demonstrou a importância e a resiliência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos seus profissionais - em especial, dos enfermeiros.

O tema desta revista é, precisamente, sobre a acessibilidade a este nosso SNS, o que tem de melhor, algumas inovações e, claro, também fragilidades.

As respostas de emergência, tal como podemos constatar, são do melhor, são eficazes. Outra questão é a capacidade de internamento dos hospitais independentemente da pandemia. A diminuição do número de camas hospitalares que gradualmente foram suprimidas sem que tenham sido tomadas medidas, a montante, nos Cuidados de Saúde Primários e, a jusante, nas redes de Cuidados Paliativos e Continuados, é uma das fragilidades.

A inovação da hospitalização domiciliária foi um dos caminhos encontrados para dar algumas respostas. São cerca de 5.000 doentes que já recebem cuidados de saúde em casa e este serviço já existe em todos os hospitais do país, à excepção de dois

Infelizmente, nos Cuidados de Saúde Primários, quase tudo continua por fazer.

Contudo, o Plano de Recuperação e Resiliência prevê a atribuição de 465,5 milhões de euros para esta área, 220 milhões de euros para as redes de Cuidados Continuados e Paliativos, 87,3 milhões para o Plano Nacional de Saúde Mental, 300 milhões para a transição digital e 178,7 milhões para equipamentos hospitalares.

Ainda que seja de valorizar, não podemos deixar de criticar a inexistência de uma visão estratégica e integrada assente em prioridades, designadamente, nas pessoas, na reorganização das instituições e dos serviços para a integração e continuidade de cuidados e, ainda, a previsão da efetiva existência de planos individuais de cuidados desenvolvidos pelas equipas multidisciplinares.

Neste Plano de Recuperação e Resiliência é inaceitável a ausência de investimento na Saúde Pública e nos recursos humanos, como se os equipamentos pudessem funcionar sem profissionais de saúde.

É neste contexto que assume especial importância a regulamentação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Seria importante que estes milhões pudessem ser utilizados de acordo com o pensamento estratégico de aprofundamento do SNS conferindo-lhe mais eficácia e robustez.

As conclusões estratégicas da reunião da Organização Mundial de Saúde focam-se no "Investimento na saúde das pessoas e a capacitação das comunidades" e no facto de as metas selecionadas para esse fim estarem centradas na saúde das crianças, dos jovens, dos idosos e nos grupos vulneráveis, incluindo os que estão dependentes, os que têm menos rendimentos, os migrantes e a doença crónica, enquanto padrão dominante de doença, cujas principais caraterísticas são a sua lenta instalação e longa duração, e os níveis elevados de incapacidade a que conduzem, devem estar na base das preocupações do SNS.

Todos sabemos, e os enfermeiros em particular, que o retorno, a longo prazo, só se tornará coletivamente mais útil se interviermos nos determinantes sócioeconómicos e na exposição ambiental e ocupacional aos riscos para a saúde, mediante políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença ao longo de todo o ciclo de vida.

A centralidade no cidadão justifica-se cada vez mais. Equilibrar a assimetria da informação assume especial importância na consideração do novo perfil epidemiológico das populações em que, cada vez mais, a multimorbilidade é o padrão com que temos que lidar.

A pandemia demonstrou a importância de serem tomadas decisões locais e regionais e, por isso, o Estatuto do SNS deve refletir essa aprendizagem.

Daí fazer sentido que os Sistemas Locais de Saúde incluam todas as tipologias de serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde no seu âmbito de ação - nomeadamente os ACES (incluindo os serviços de saúde pública e os Centros de Saúde), os centros hospitalares, os hospitais e os centros regionais do Instituto Português de Oncologia, bem como outras entidades do SNS com intervenção no local, constituindo-se, em primeira instância, como verdadeiros serviços

Considerando que cada parceiro goza de autonomia financeira, compete a cada um financiar a parcela associada à natureza da sua intervenção, definida de acordo com o respetivo plano de ação e as atividades em que se compromete a participar, envolvendo, assim, diversos Ministérios e proporcionando-se uma gradual alteração de governança política, esta, verdadeiramente direcionada para os processos de saúde.

Isto é diferente da designada municipalização da Saúde que obedece a princípios contrários: além de fragmentar ainda mais o dispositivo público de Saúde, introduzirá distorções económico-financeiras importantes porquanto dependerá da "riqueza" municipal que, como sabemos, é profundamente desigual no plano nacional.

Os Sistemas Locais de Saúde deverão ser organizações descentralizadas supramunicipais e têm autonomia administrativa, financeira, técnica e funcional.

Finalmente, é preciso garantir no Estatuto do SNS que os profissionais de saúde são um dos seus pilares mais valiosos, razão pela qual devem ser valorizados e dignificados.



Vermelho ao Ministério da Saúde por continuar a não resolver problemas conjunturais dos enfermeiros, nomeadamente a justa contabilização dos pontos para efeitos da progressão.

Ao PSD por se abster na votação das propostas que resolviam o problema acima identificado e outros. Mas votou a favor igual solução para outra carreira profissional.

Programa de Recuperação e Resiliência: total ausência de investimento na Rede de Saúde Pública e nos recursos humanos da Saúde.

A comunicação aos portugueses sobre vários aspetos da doença - variantes, transmissibilidade, imunização da vacinação, entre outros - continua a não ser clara.

Os enfermeiros continuam comprometidos com as soluções, apesar da falta de soluções para os problemas.

ODOS

PHILEMAGER

Os 33 anos de SEP na vanguarda da luta por melhores condições de trabalho e de vida para os enfermeiros e na defesa do Serviço Nacional de Saúde.

ermómetrc





Neste número, marcámos encontro para uma conversa com Francisco Ramos, economista, desde sempre ligado à Saúde e ao Serviço Nacional de Saúde, diplomado em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Ao longo da sua carreira, foi Secretário de Estado do Ministério da Saúde cinco vezes, começando em 1997, foi presidente do Instituto Nacional de Administração e do IPO de Lisboa e Coordenador da Task Force para a Elaboração do Plano de Vacinação contra a Covid-19 em Portugal, cargo a que renunciou «por irregularidades detetadas pelo próprio no processo de seleção de profissionais de saúde no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, do qual é presidente da Comissão Executiva».

É também sportinguista ferrenho, daí que marcámos encontro no Estádio de Alvalade, onde tem uma cadeira com o seu nome. E foi pelo Sporting que comecámos.

Esta ideia de vir aqui para o Estádio de Alvalade foi uma excelente surpresa. Sou sportinguista por influência familiar. Vim pela primeira vez ao estádio - o velho estádio, antes deste - para o que se chamava Setor da Juventude, que o Sporting tinha para tentar atrair os jovens para virem ao futebol. Quando atingi os 14 anos, que era a idade limite para esse setor, o meu pai fez-me sócio, por isso sou sócio há 50 anos.

Não era possível ser sócio antes?

Era, era, mas era caro, tinha de se pagar. A partir do momento em que acabou a gratuitidade, passei a ser sócio



Como é, para um sportinguista, ter sido campeão este ano?

Sabe que o Sporting tem uma particularidade em relação aos outros clubes porque não é só um clube de futebol. Temos aqui no estádio as memórias de vários títulos olímpicos, do Carlos Lopes, Joaquim Agostinho. O Sporting foi o primeiro clube a ter ginástica de forma massiva, milhares de pessoas praticaram ginástica aqui no clube.

Há um episódio na minha vida, de convencer um familiar meu, um jovem, cujo pai é do Benfica, ele era benfiquista e eu disse-lhe: 'Então, mas o Sporting é o clube que na generalidade das modalidades mais ganha, é o melhor,' e ele mudou-se para o Sporting, até hoje. É isso que me faz ser do Sporting, não ser apenas um clube de futebol, mas ser um clube desportivo, com tudo de bom que tem a prática desportiva e, naturalmente, com o que tem de mal quando levamos a competição desportiva demasiado a sério.

Num ano normal, podíamos então ver o Francisco no estádio religiosamente?

Sim, sim. Aproveitando aqueles momentos de catarse completamente inexplicáveis, xingando o árbitro, xingando o adversário, gritando de maneira completamente irracional. Porque também é um pouco por isso que eu gosto do desporto e, neste caso, do

futebol, porque não precisamos explicar nada, é um espaço de irracionalidade, que se o soubermos manter no devido lugar, é um espaço muito útil ao meu equilíbrio e às minhas emoções.

Faz algum desporto?

Sim. Joguei a sério o andebol, na juventude, depois fiz ténis.

No Sporting?

Não, não, no Técnico. Aliás, levei uma grande cabazada, 30 e muitos a poucos, num domingo à tarde. Só se perdoou porque era o Sporting. Custaram mais as derrotas com o Benfica (risos).

Fiz ténis e tento manter-me ativo. E ajudou-me, eu estar ativo, quando tive o meu acidente, em 2018, há 3 anos.

Nesse dia, estava a olhar para o telemóvel, caiu, num daqueles momentos em que tudo muda, à saída de um concerto, em Marvão.

No Festival Internacional de Música de Marvão, um festival que recomendo vivamente, a quem tiver oportunidade.

No final de um espetáculo fiz aquilo que fazemos com muita frequência, que foi imediatamente ir ver as notícias, e foi uma queda. Como tinha o telemóvel na mão, não protegi a queda com as mãos e bati com a cabeça, o chamado "golpe de chicote" com uma fratura da coluna.

Caiu mesmo de frente, não foi?

Sim, ainda tenho o som da cabeça a bater na pedra. Um som que irá perdurar até morrer. E depois a surpresa que é o corpo desaparecer todo, só ficou mesmo a cabeça. O corpo deixa de existir. Foi uma lesão parcial da medula.

Na altura era Secretário de Estado?

Não. Nessa altura, estava no IPO, era presidente da administração do IPO.

Foi essa a primeira vez que precisou do SNS, nessa dimensão?

Nesta dimensão, sim. Como era um festival de música organizado, havia assistência medicalizada dos bombeiros do Marvão, que prestaram a primeira assistência. Uma colega vossa, uma enfermeira do Porto (que ainda hoje não sei quem é) que estava a assistir ao concerto, foi quem me auxiliou naquele primeiro momento. E depois VMER, o helicóptero. E sempre consciente.

E depois, 15 dias de Santa Maria, 2 meses de Alcoitão e, felizmente, as coisas a correrem bem.

É muito marcante ter de reaprender gestos do quotidiano aos 61 anos, é uma experiência muito interessante. É também uma lição de vida perceber que temos uma rede de segurança. Felizmente, já o sabia.

Trabalhei ao longo da minha vida, muitos anos, no Serviço Nacional de Saúde, em termos políticos, em termos de gestão, em termos de formação e, de facto, percebermos que há uma rede que nos protege, no país todo... É muito reconfortante e ajuda a ganharmos ânimo para tentarmos voltar a ser o que éramos.

Desde o clínico, no VMER, que esteve para aí uma hora a acompanhar-me, estimulou e procurou centenas de vezes, à procura de sinais do meu corpo, até à forma como me trataram na viagem de helicóptero, que é mesmo muito pequeno é um transporte de emergência, até à forma como fui recebido em Santa Maria e fui operado em 3 horas e o carinho da senhora enfermeira dos cuidados intensivos, a quem eu pedia que por favor me coçasse o nariz. Porque nada está garantido.

São imagens que ficam, até do ponto de vista profissional. Por exemplo, uma coisa que não nos passa pela cabeça é que o que os doentes que circulam nas macas, o que veem do hospital são os tetos das salas,





que é uma coisa que a nós, profissionais, não nos passa pela cabeça, que é cuidarmos dos tetos. É outra perspetiva.

Depois há o processo de recuperação. Conseguia separar o Francisco paciente a recuperar e o Francisco gestor?

Não, não conseguia. Estes pormenores: em Santa Maria, haver duche mesmo, não ser sempre feita a higiene na cama mas ser transportado e poder tomar um duche. A importância que isso tem. E podermos ter sítios decentes nas nossas enfermarias.

Lembro-me até de comentar, quando estava em Alcoitão, que provavelmente teria de abandonar a gestão porque nunca mais teria coragem de dizer que não a qualquer coisa que me pedissem para o conforto dos pacientes. (risos)

Percebe-se muita coisa estando no lado de lá e eu tive muita sorte em passar pelos sítios que passei. Em Alcoitão, até me arranjaram condições de fazer reuniões lá. Cheguei a fazer quase reuniões do conselho de administração do IPO, em Alcoitão.

Isso foi o que me marcou mais, reconquistar as pequenas coisas.

Quanto tempo passou até conseguir esse nível de autonomia?

Não lhe posso dizer porque ainda hoje é uma luta. Há manhãs em que abotoar os botões da camisa depende da disposição do dia, e há dias em que acabo por perder a paciência e peço ajuda à Paula, a minha mulher.

O tema deste número da revista é a acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde e de facto quando refletimos e pesquisamos sobre o tema somos transportados por zonas que não estávamos à espera.

O Serviço Nacional de Saúde, em situações de emergência de saúde, é de facto muito bom. É provavelmente do melhor que o Serviço Nacional de Saúde tem.

O Serviço Nacional de Saúde tem provavelmente falhas nas rotinas. Funciona bem em muitos sítios mas também funciona com deficiência em muitos sítios. Quando a questão é de limite, quando estamos a testar os nossos limites... Se quiser, esta pandemia, o que nos mostrou? O nosso melhor e o nosso pior também. Quando foi para mostrar o nosso melhor, as coisas funcionaram extraordinariamente, temos exemplos de funcionamento extraordinários, de dedicação, de profissionalismo, de empenho, de tudo de elogioso, tivemos aos milhares. O funcionamento do sistema foi extraordinário numa

situação limite, aí as coisas funcionam bem e tem um suporte para poder proteger as pessoas no que diz respeito à saúde.

Depois, é muito difícil, ou tem sido muito difícil, ao longo destes 40 anos, fazê-lo de forma muito consistente em todas as atividades, é impossível que isso aconteça, que tudo funcione perfeitamente. Há uma luta permanente para que tudo funcione o melhor possível.

Mas da minha experiência... Ou seja, foi surpreendente a atuação dos serviços de emergência? Foi surpreendente a atuação da urgência de Santa Maria? Não. Mas a sorte de ficar no internamento num serviço de excelência do Santa Maria para a reabilitação é inquestionável que estejamos no melhor que no mundo há em termos de reabilitação. Aí, tive sorte nos serviços por onde passei. Mas surpreendente, não é. Na maior parte das situações, apesar de uma perceção que é muito difícil mudar, isto é o que podemos esperar da generalidade do Serviço Nacional de Saúde, é que as coisas corram bem. O correr mal é a exceção.

Claro que espero que tenhamos oportunidade, nos próximos tempos, de discutir um pouco mais à séria as questões da comunicação e da perceção. Não estamos a falar de cuidados individuais, estamos a falar exatamente de comunicar com a globalidade das pessoas, de influenciar comportamentos e perceber como esse comportamento influenciam as nossas decisões; espero que uma das consequências desta pandemia é que possamos conhecer melhor como nos comportar melhor nesta matéria, como podemos comunicar melhor com as pessoas.

E isso é importante também para um Serviço Nacional de Saúde que é diferente do resto da sociedade que nós escolhemos. Escolhemos uma organização geral da sociedade fundada numa economia de mercado mas os fundamentos do Serviço Nacional de Saúde não são esses. E isto trabalha-se com muita comunicação e informação às pessoas sobre o que podem ou não esperar.

Quando há esse acesso ao Serviço Nacional de Saúde, a influência fica garantida.

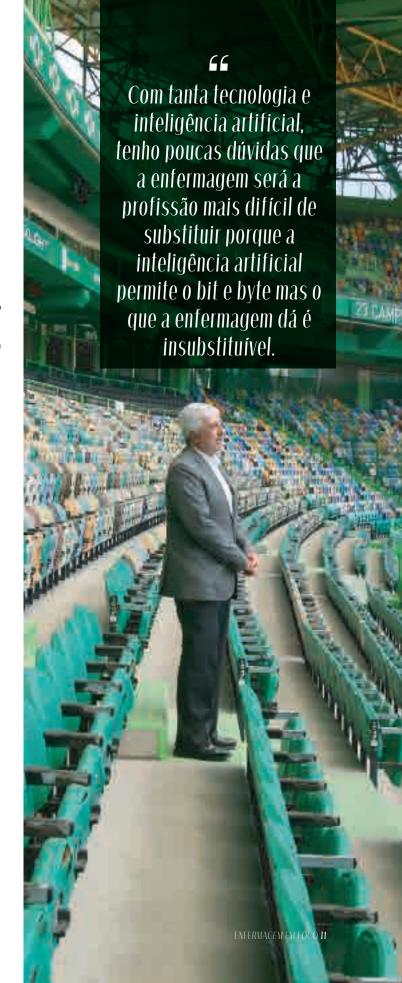
Uma das coisas que nos surgiu também foi a questão da literacia para perceberem melhor as formas que têm para aceder ao sistema.

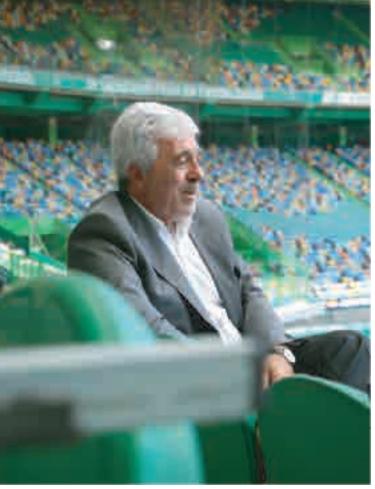
E também a forma como o podem influenciar.

Sim, a questão da participação cívica.

Os cidadãos apropriarem-se e sentirem-se corresponsáveis.

Um dos grandes méritos do Sistema Nacional de Saúde é a autonomia e a descentralização. Cometeram-se também muitos erros por causa disso, mas essa é uma grande vantagem. As pessoas sentirem que o poder de





decisão está mesmo ali ao seu lado, seja no centro de saúde, no hospital da sua cidade, no centro de diagnóstico oncológico, qualquer coisa, sentirmos que a interação com o profissional pode trazer uma decisão, seja ela qual for, isso facilita muito esse sentimento de pertença.

As pessoas olharem para o poder central, seja na João Crisóstomo, seja no Terreiro do Paço, seja onde for... onde as coisas ficam longe, o que apetece é protestar. Enquanto ocupante da João Crisóstomo durante muitos anos, sinto-me particularmente à vontade. Cada vez que se tenta concentrar o poder ali, o que se pode esperar é o protesto das pessoas porque as coisas ficam muito longe, fica muito fácil a tentação do Eles - eles fizeram ou eles não fizeram - e do Nós, esta dialética entre o eles e o nós.

As suas prioridades enquanto gestor e decisor mudaram depois de 2018?

Não sei, francamente, não sei. Eu mudei. Fiquei mais desprendido, mais confiante, mais confiante em mim próprio, porque fui capaz de ultrapassar isto. Com uma noção de prioridades muito relativa, ou seja, a sensação de que de um momento para o outro tudo muda dá uma sensação de mudança que eu espero que em termos profissionais não tenha muitas repercussões.

Na vida pessoal, o presente passou a ser muito mais importante que o futuro, o que em termos de gestão coletiva não é propriamente um bom princípio, o equilíbrio deve ser maior. Mas não lhe consigo dizer, ainda não há tempo. O presente ganhou uma dimensão bastante maior do que aquela que estava habituado a ter, que era mais trabalhar para o futuro.

Vai tirar férias?

Sim, vou ficar cá dentro. No verão, fico sempre cá dentro, não conheço nenhum país que tenha praias melhores. A Ilha do Farol é a melhor praia do mundo, a léguas. Sem querer ser arrogante, conheço já muito mundo, e não há praia como aquela, aquela água transparente, aquela areia, que nos afaga e nos acolhe. Visitas ao estrangeiro são para passear, para conhecer o mundo. A última que consegui fazer foi à Patagónia, um bocadinho a viagem dos meus sonhos. Fiz aos 60 anos, em 2017, e valeu a pena, cumpriu plenamente, em termos de beleza natural, muito sol, foi muita sorte, e gosto muito de Buenos Aires, aquela cidade cheia de contradições que me fascina. Foi muito a viagem de uma vida, foi a minha prenda dos 60 anos, e com os meus melhores amigos.

Ainda na experiência, enquanto paciente, foi crucial a relação com os profissionais de saúde, com as enfermeiras...

Foi, e não se ficou só pelos enfermeiros. O profissionalismo dos médicos, a forma como me acolheram, o sucesso da operação, a enfermagem de Santa Maria, fantástica, a forma como resolvem ou procuram resolver tudo. Os auxiliares, aquelas pessoas que estão sempre lá, mesmo na hora mais esquisita. Os terapeutas em Alcoitão foram fantásticos. Foi, de facto, uma experiência muito positiva.

A enfermagem é, claramente, fundamental, no presente e no futuro.

Com tanta tecnologia e inteligência artificial, tenho poucas dúvidas que a enfermagem será a profissão mais difícil de substituir porque a inteligência artificial permite o bit e byte mas o que a enfermagem dá é insubstituível. Pode haver uma forma extraordinária de fazer diagnósticos, de escolher terapêuticas, mas executar, e executar de uma forma carinhosa, uma forma humanista, de pessoa a pessoa... Tem a ver com o profissionalismo de cuidar de pessoas. Não é nada mecânica, é fazer de forma séria, de forma informada, científica mas de uma pessoa para uma pessoa. E essa é a caraterística da enfermagem que, na minha opinião, mais a diferencia. Tudo é feito com o suporte científico mas de pessoa a pessoa.

Há uma notícia recente sobre a saída de enfermeiros do IPO e gostávamos de saber a sua opinião, não só como Francisco Ramos, utilizador do Serviço Nacional de Saúde, mas também como gestor e responsável. Como é possível estarmos sistematicamente a ser confrontados com a saída de profissionais de saúde e nada se fazer para os reter. É uma questão muito complexa. Há uma primeira questão que é a da autonomia de gestão e de descentralização, que é uma questão séria e que vai causar problemas sérios a curto e a médio prazos.

Hoje, neste momento, há um excesso de oferta hospitalar que, no caso da enfermagem, levou a um certo esgotamento de recursos, ou seja, hoje, por incrível que pareça temos falta de enfermeiros em Portugal. São estas políticas de ioiô, formar muitos recursos, depois fechar a torneira, que também se está a passar nas escolas médicas, recusarem aumentar a formação, que é indecoroso. Precisamos aumentar a existência de profissionais de enfermagem no nosso país e temos de ter uma política de gestão de valorizar as pessoas e não as tecnologias.

Nós, hoje, somos muito facilmente fascinados pela tecnologia. Muitas luzinhas a piscar, para cirurgia, para diagnóstico, radioterapia, um medicamento a custar milhões de euros e, no quotidiano, faltam os recursos, termos pessoas a trabalhar. Espero que essa seja uma questão de moda, de fascínio pelas tecnologias, de pensarmos que as tecnologias nos vão trazer tudo e não vão.

Se pensarmos, neste caso da pandemia e da vacinação, foi excelente o financiamento, a ciência que nos trouxe a vacina num tempo recorde, que soube adaptar a investigação que estava a ser canalizada para a oncologia para a área da vacinação, essa tecnologia é excelente mas se não tivermos as pessoas a administrar a vacina ela serve de pouco. Tem de ser um casamento entre os recursos e a tecnologia.

Cortarmos recursos públicos, por exemplo no IPO (escrevi textos sobre isso), termos autonomia para comprar medicamentos mas não para contratar um

enfermeiro, que ao longo da sua vida toda, de 30 anos de trabalho, é mais barato que um medicamento, é uma distorção de prioridades.

Última pergunta. Acha que a implementação do Estatuto do Sistema Nacional de Saúde poderá ir no sentido de uma maior proximidade e de apropriação dos centros de decisão?

Espero que sim.

É uma questão de prática e de opção e de confiança, se quisermos. A questão da confiança é essencial. Hoje há mais mecanismos para fazer auditoria, para fazer monitorização, é possível saber as decisões que foram tomadas no próprio dia. E é preciso acompanhar e monitorizar a gestão, é útil que isso aconteça, mas provavelmente as decisões tenderão a ser melhores se forem autónomas e responsabilizáveis do que se for simplesmente: 'Venha de lá a proposta, que alguém lá de cima vai decidir.'

Francamente, esta é uma prática muito reforçada, desde há 10 anos, no tempo da troika, um tempo muito especial, e que, por inércia, ainda não se conseguiu acabar mas que era muito importante que acabasse.

Numa perspetiva otimista, este último ano mostrou a toda a gente a importância do setor da Saúde. Vendam-nos o que quiserem vender, mas o Sistema Nacional de Saúde foi sempre o nosso porto de abrigo. Sempre que as coisas apertaram foi ali que nós nos acolhemos. Ficou aí bem vista a importância, a relevância da saúde pública e dos profissionais.

Esta é a altura de mostrarmos, de trazermos à superfície, que essa será a nossa prática nos próximos anos, porque os benefícios de tudo isso ficaram à vista de todos nós. ●



crónica

SOU ENFERMEIRA

Crónica de homenagem à Enf. Marta Lima Basto

Enf. Lisete Fradique Numa Nota Prévia ao livro Da intenção de mudar à mudança – Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras, que resultou do seu doutoramento, a autora escreveu:

A ideia de escrever este livro surgiu da vontade de divulgar a tese de doutoramento que realizei em 1990 a 1994. Sinto essa responsabilidade. (...)
Apesar de ter obtido o grau de Doutor em Psicologia Social e Organizacional e não em Enfermagem como sempre desejei, esta investigação toma como objeto de estudo questões fulcrais ao desenvolvimento profissional de enfermagem, que me têm acompanhado desde há muito. Foi, no entanto, muito gratificante ter no júri duas enfermeiras.

Trata-se da enfermeira Marta Hansen Lima Basto Correia Frade (para a maioria de nós, Marta Lima Basto), que nunca perde a oportunidade de se afirmar como tal: sou enfermeira.

Foi a primeira enfermeira a doutorar-se em Portugal.

Benedicta Monteiro, sua orientadora de tese, escreveu então, no Prefácio do livro acima citado,

'Penso nesta aventura em terras de investigação, agora que dois anos são passados, como uma história paradigmática que, precisamente, vale a pena ser contada: porque, em primeiro lugar, ela foi conduzida com uma dose de independência e de determinação - direi mesmo, de paixão - que transforma agora, em muitos passos, a narrativa num palco de abertas polémicas teóricas e epistemológicas que atingem o próprio percurso de acesso ao conhecimento; e porque abre, necessariamente em Portugal, como todos os trabalhos pioneiros, um caminho para o modo de estudar a dimensão sócio cognitiva e comportamental da enfermagem e para questionar os fatores que presidem à mudança (...) "E termina assim:" Um trabalho de investigação, e sobretudo quando tem a envergadura do que aqui se apresenta, nunca é apenas um trabalho de investigação, mas um lento e gostoso cozinhado de sonho, de aposta e de determinação que se oferece ao julgamento de outros. Assim saibam eles saboreá-lo.'

A 8 de março, deste ano, foi condecorada com o Grau de Comendador da Ordem de Mérito pelo Presidente da República, Professor Marcelo Rebelo de Sousa. Já tinha sido agraciada, no Dia de Portugal, de 2004, como Grande Oficial da Ordem da Instrução Pública pelo Presidente da República, Doutor Jorge Sampaio. Em 2002, recebeu a Medalha de Ouro de Serviços distintos do Ministério da Saúde e um Louvor com distinção da Ordem dos Enfermeiros. Foi ainda homenageada pela Escola

Superior de Enfermagem de Coimbra com a criação do **Prémio de Mérito Académico**, designado **Prémio Marta Lima Basto**, destinado aos estudantes de licenciatura, atribuído anualmente.

O Presidente da República, Professor Marcelo Rebelo de Sousa, homenageou esta enfermeira pelo seu carácter, inteligência, capacidade de liderança e exigência, sentido de serviço público e pelo seu profissionalismo, mas decerto, por a considerar um símbolo digno de representar, neste ano tão difícil, as mulheres enfermeiras, afirmando: a grandeza, a resiliência e compromisso que milhares e milhares de mulheres colocam ao serviço dos outros.

Tanto os dois extratos do seu livro, como as distinções de que foi alvo, são bem um retrato de quem é Marta Lima Basto. Apaixonada pela profissão, incansável na busca do saber, generosa na partilha desse mesmo saber, sempre com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da profissão, numa busca constante de exigência e rigor, de modo a garantir cuidados de enfermagem baseados num conhecimento próprio que só a investigação pode proporcionar.

No fim dos anos 60 do século passado, iniciaram-se mudanças significativas no campo da saúde e no seio da enfermagem que abriram caminho à esperança numa mudança maior que Abril de 1974 prometeu! Marta Lima Basto não desperdiçou tempo. Portadora de vum forte sentido de justiça e atitude democrática, defensora de um único nível de formação em enfermagem para a prestação de cuidados de qualidade, sustentou a formação das então auxiliares de enfermagem, para que todas passassem a ser enfermeiras.

Foi neste tempo que integrou os corpos gerentes do SEP (Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul, à época.) Já então integrava a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE).

Quer no SEP, quer na APE, em vários grupos de trabalho, em escolas de enfermagem e serviços de saúde, Marta Lima Basto soube utilizar esses "palcos" para intervir a favor da dignificação das enfermeiras, pela valorização do seu trabalho e pela importância e necessidade de uma formação de qualidade.

De uma curiosidade sem limites e uma imensa disponibilidade, nunca recuou perante uma oportunidade de saber mais, o que a levou a vários países, quer para estudos em contextos formais, quer para fazer estágios em várias áreas ou realizar formações de duração variada tendo usufruído, por duas vezes, de bolsas de estudo da Organização Mundial da Saúde. Em Portugal, percorreu todo o país em ações de formação, integrada em vários projetos e parcerias, com diversas organizações, tanto como formanda, como, a maior parte das vezes, formadora.

Foi uma defensora incansável e atuante da educação ao longo da vida. Sempre com o mesmo objetivo: contribuir para uma enfermagem portadora de autonomia e poder, indispensáveis à tomada de decisão que melhor se adequasse às necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa a cuidar. Mas também à tomada de decisão ao nível das organizações prestadoras de cuidados.

O seu imenso currículo estende-se da prática clínica no IPO de Lisboa, onde iniciou funções como enfermeira e foi também Adjunta dos Serviços da Enfermagem, à prestação de cuidados na prevenção em saúde, na área materno infantil, em serviços que hoje denominamos Cuidados de Saúde Primários e, ainda, como Técnica de Enfermagem, na Inspeção Técnica da Direção Geral da Saúde.

Em 1967, iniciou a sua carreira docente na então "jovem" Escola de Ensino e Administração de Enfermagem (EEAE) revelando-se, ao longo de todo o seu percurso, uma professora de excelência, tanto na docência como em lugares de gestão.

Exerceu cargos de grande responsabilidade, nomeadamente em órgãos diretivos, acompanhando as mudanças que se foram operando, quer na formação, quer na prática de cuidados de enfermagem, sempre movida pela sua forte convicção sobre o papel determinante das enfermeiras na qualidade dos cuidados de saúde das pessoas, em todas as fases da sua vida.

Portadora de um forte sentido de justiça e atitude democrática, defensora de um único nível de formação em enfermagem para a prestação de cuidados de qualidade, sustentou a formação das então auxiliares de enfermagem, para que todas passassem a ser enfermeiras.

Daí a sua aposta no desenvolvimento e dignificação da profissão, ao mesmo tempo que intervinha no campo da "humanização dos cuidados", tendo integrado a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. Foi pioneira em muitas áreas, com destaque para a investigação em enfermagem que teve início na então EEAE, nos Cursos de Enfermagem Complementar (CEC - secções de ensino e administração), com Maria Aurora Bessa.

Nos últimos anos desses tempos, a EEAE destacou-se pela inovação e pelo esforço em levar mais longe a formação em enfermagem, preparando enfermeiras para uma gestão profissionalizada dos serviços de saúde (CEC – secção de administração) e os docentes (CEC – secção de ensino) para um ensino exigente inspirando-se e aproximando-se do modo de trabalho, nas escolas e nos serviços, do que se fazia, por exemplo, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. Esta sua experiência, adquirida no estrangeiro, teve uma influência determinante.

A sua investigação e trabalho docente radicaram sempre em conceitos associados a diferentes teorias de enfermagem, com a preocupação permanente com uma conceptualização sólida que evidenciasse uma abordagem científica da enfermagem como disciplina com um saber específico. Ou seja, desenvolveu sempre um trabalho conceptualmente ancorado em paradigmas claramente explicitados e com o rigor ético por que tem pautado toda a sua vida.

Mas não se escusava nunca a uma discussão, numa atitude de abertura à diferença e à novidade, tanto no seio da enfermagem como no confronto com outros profissionais.

Defensora incansável do diálogo entre as enfermeiras docentes e as enfermeiras da prática clínica, fez "pontes" com várias organizações de saúde com quem promoveu muitas parcerias, trabalhando em projetos conjuntos com estes dois grupos, o que muito contribuiu para contrariar o denominado gap entre teoria e prática, assunto que foi objeto de muitos artigos em revistas de referência.

Colaborou com várias organizações de ensino superior na orientação de teses de mestrado e de doutoramento e fez parte de muitos júris nesse âmbito, para além da escola onde trabalhou. Deu um contributo inestimável para a criação do Doutoramento em Enfermagem, cuja Comissão Científica integrou, realizado em parceria entre a Reitoria da Universidade de Lisboa e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Foi também uma impulsionadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem que foi uma estrutura importante, como célula embrionária da ESEL, de cuja criação foi uma entusiasta.

Como sócia da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), desde longa data teve um papel destacado na organização das conferências internacionais de investigação em enfermagem que esta associação organiza regularmente.

Defendeu e ajudou a criação da Ordem dos Enfermeiros como garante da defesa da qualidade dos cuidados prestados e de uma ética exigente materializada no seu Código Deontológico. Porque sempre entendeu que devem ser as enfermeiras as primeiras responsáveis pela regulação do seu trabalho, assumindo a responsabilidade por todas as suas decisões e resultados das ações daí decorrentes. Sempre foi avessa ao facilitismo e à transigência, mas muito apreciadora do contraditório, revelando grande respeito pela opinião dos seus pares e acreditando na aprendizagem mútua que a discussão pode proporcionar.

É de crer que não é estranho a tudo o que afirmo o facto de Marta Lima Basto ser uma pessoa culturalmente muito interessante. Portadora de uma cultura humanista, apreciadora de boa música, de teatro, que chegou a fazer como amadora, de ópera, de livros e apaixonada por viagens com um interesse imenso pelo conhecimento de novos lugares e novas gentes. E também uma cidadã empenhada na polis, exercendo uma cidadania plena e uma intervenção cívica atuante.

O SEP não podia deixar de dar a conhecer a todos os enfermeiros, seus associados e não só, esta figura ímpar que tanto tem contribuído para o prestígio da profissão de enfermagem. Muitos dos mais velhos a conhecem e foram, em algum momento, beneficiários diretos da sua sólida formação científica, técnica e ética que sempre informaram a sua ação. Por tudo isso, para os mais novos, ela deve também ser uma inspiração e uma referência.

Assim, o SEP aqui a homenageia, juntando a voz a quantos, em muitos momentos e lugares, manifestam a sua admiração e gratidão por tudo o que Marta Lima Basto tem feito em prol da enfermagem portuguesa.

Sempre foi avessa ao facilitismo e à transigência, mas muito apreciadora do contraditório, revelando grande respeito pela opinião dos seus pares e acreditando na aprendizagem mútua que a discussão pode proporcionar.



O DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO DEU ESPAÇO A MILHARES DE ROSTOS E VOZES DE ENFERMEIROS, QUE REPRESENTARAM A CLASSE NUMA AVENIDA DA LIBERDADE EMOCIONADA, NO CENTRO DE LISBOA.



Enfermeiro João Pereira ACES Alto do Tango e Barroso

Eu tenho quase 30 anos de serviço. A expetativa de quando iniciei a minha profissão seria que, passados 35 anos, ou 57 anos de idade, estaria próximo da minha aposentação e teria uma carreira que me valorizasse e dignificasse a minha profissão. Trinta anos depois, o meu filho Tiago abraçou a carreira, a mesma carreira, estamos na mesma instituição e, infelizmente, deparo-me que ainda tenho mais quase vinte anos de profissão – porque, desde 2002, só progredi uma vez na carreira. Ou seja, estão aqui representadas duas gerações de enfermeiros, pai e filho com diferença de quase 28 anos, com diferença de duas posições remuneratórias.

A expectativa que eu tinha quando iniciei a minha carreira há cerca de 30 anos atrás era estar nas últimas posições remuneratórias numa posição que tem 10 posições remuneratórias. Neste momento, estou na segunda do escalão de especialista.

, , ,

Enfermeiro Tiago Pereira ACES Alto do Tango e Barroso

Eu entrei ao abrigo dos contratos que abriram no contexto da pandemia. Já estou há meses com esses contratos e sempre na linha da frente.

Trabalho no Serviço de Urgência. O dito prémio que disseram que iriamos receber por causa do Covid-19 nunca chegou. E as perspetivas que tenho é o desemprego.

[Entrei na profissão] Porque era o que eu gostava de fazer. Apenas gostava de ter melhores condições de trabalho e não estar com contrato precário. Assim o meu futuro está sempre indefinido. Sempre na corda bamba. O futuro é a curtíssimo prazo, sempre.





Enfermeira Leonor Brasão Uls de Castelo Branco

Enquanto enfermeira de Cuidados de Saúde Primários continúo a sentir na pele a nossa desvalorização. Raramente se lembram dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. Nomeadamente na situação de pandemia que temos passado, fala-se muito na linha da frente e eu sinto que a linha da frente somos nós, que estamos todos os dias com a população, com o utente. Nós, nos Cuidados de Saúde Primários, continuámos com os 90 e tal por cento de doentes e estamos com os 100% de doentes, atendendo a que somos sempre a porta de entrada do utente no Serviço Nacional de Saúde. E, como tal, não somos devidamente valorizados nem lembrados.

Eu diria [a um jovem que ponderasse entrar para a profissão]: Sim, podes vir para a enfermagem, deves vir para a enfermagem, tens um mundo bonito pela frente, mas difícil e duro. Portanto, terás sempre que lutar.

Enfermeira Tânia Azevedo Estabelecimento Prisional do Porto, Custóias

Gostava mesmo de referir que trabalho no meio prisional por gosto, por opção. Eu sou enfermeira especialista na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. No meio prisional - só para terem uma noção - não existem só enfermeiros generalistas. Existem muitos enfermeiros especialistas, com mestrados e até mesmo com doutoramentos. O enfermeiro em meio prisional também acaba por apostar muito na sua formação, para garantirmos diariamente a qualidade na prestação dos nossos cuidados. A nível de carreira, muitas vezes deparamo-nos com as dificuldades em sermos atualizados, ou seja, é muito mais demorado. Enquanto que tenho colegas nos hospitais que já foram reposicionados, nós ainda não fomos.

Nós, de facto, temos bastante carência. Os concursos não são muito frequentes. E quando são, as vagas nunca são as necessárias para colmatar as necessidades nos diferentes estabelecimentos prisionais. Todos têm carências, todos têm as suas especificidades, pelo número de reclusos que cada estabelecimento prisional tem, mas também pela diversidade da prestação de cuidados.



OSNS eminha casa?

Na segunda metade do século passado a escolha foi clara: a saúde é hospitalocêntrica. Estruturas cada vez mais maiores e mais amplas. Populações a deslocarem-se cada vez mais quilómetros para aceder a cuidados de saúde, em situação aguda. Procedimentos de consultas, exames e intervenções cada mais vez mais difíceis de assimilar por parte dos utentes.

Nas primeiras décadas deste século, há uma perceção comum: o paradigma tem que e está a mudar. Os brutais avanços tecnológicos e a pandemia provocada pelo Covid-19 vieram acelerar – exponencialmente – esta mudança.

A questão é: em que sentido?

Fomos ouvir vários especialistas e equipas que estudam, implementam e discutem estas mudanças para compreendermos melhor como é que o Serviço Nacional da Saúde (SNS) pode integrar estes ventos de mudança na sua obrigação e capacidade de - efetivamente - estar ao serviço de cada cidadão deste país.

"95% dos pacientes Covid-19 foram tratados em casa, mas só ouvimos falar de ventiladores"

Colocámos esta questão a Manuel Lopes, Professor Doutor e investigador (Projeto Plano Individual de Cuidados, entre outros): os telecuidados vieram para ficar?

"Os telecuidados, como qualquer tecnologia que se pretenda introduzir no âmbito do processo de cuidados, pode ser tudo, pode ser uma porcaria, uma armadilha, uma coisa que ainda vai estragar mais o que não está bem, ou pode ser um enorme contributo para começarmos a olhar para tudo isto de uma forma completamente diferente.

Em que pé estamos neste momento? Neste momento, nós somos vítimas, ou seja, as grandes empresas de tecnologias de comunicação e informação já perceberam claramente que estamos em plena transformação digital da saúde. Estamos em processo e, além de estarmos em processo, estamos em processo descontrolado.

Por norma, os governos não têm uma estratégia para isto e os profissionais de saúde como um todo, por norma, são demasiadamente clínicos para se preocuparem com uma visão mais estratégica da organização dos telecuidados. Então, o que acontece? Nós somos vítimas disto, porquê? Porque as empresas de tecnologia vão produzindo os gadgets que acham que lhes dão mais lucro. Não tenhamos ilusões. As empresas de tecnologia não produzem gadgets para nosso benefício.

(...) A pandemia assustou-nos de morte porque subitamente percebemos que somos muito vulneráveis. Muito bem, estamos todos de acordo. E o espaço mediático é ocupado por quê? Pelo número de ventiladores que temos. Não é pelo número e pela capacidade dos cuidados intensivos que temos. Ora, que eu saiba, os ventiladores não trabalham sozinhos, ou antes, se trabalharem sozinhos não fazem grande coisa.



Portanto, o espaço mediático foi dominado durante meses pelo número de ventiladores que tínhamos ou que não tínhamos. Era a loucura completa. Todavia, nos momentos mais críticos da pandemia, nós tínhamos uma ínfima parte das pessoas doentes internadas em cuidados intensivos, 95% das pessoas doentes estavam em casa. E como é que estavam a ser acompanhadas? Por uma tecnologia própria do séc. XIX, por telefone.

Ou seja, isto é paradoxal porque, ao mesmo tempo que estamos a ser invadidos por tecnologia de ponta, 5G e coisas próprias da ficção científica, num momento de crise, em que nós temos 95% de pessoas infetadas em casa, a melhor forma que temos de as acompanhar é com o serviço telefónico mais ou menos tradicional. Portanto, é paradoxal porque isto demonstra que o serviço de saúde ainda não teve capacidade para integrar o mais básico das novas tecnologias para agora dar o salto."

Então como inverter esta lógica, de forma a garantirmos que a tecnologia está ao serviço dos cuidados – e não o contrário - e que, de facto, não utiliza hardware que simplesmente funciona muito muito mal?

Manuel Lopes é assertivo: primeiro definimos o modelo de cuidados, depois adaptamos a tecnologia a esse modelo.

"Primeiro, o que é que fizemos? Temos andado a desenvolver modelos de cuidados, nomeadamente modelos de cuidados de domiciliação, modelos de cuidados que promovam a proximidade. Segundo, em cima disso temos elementos de operacionalização que permitem - aí sim - esta dimensão de telecuidados, mas por via de um planeamento de cuidados que garanta a continuidade e a integração de cuidados.

Eu vou ser mais claro: nós desenvolvemos um modelo de cuidados que apela a que cada vez mais os cuidados sejam levados às pessoas e não o contrário. E isto tem muitas razões, mesmo do ponto de vista económico, mas há uma razão que é a mais importante de todas: quando os cuidados são reativos, quem mais recorre aos cuidados é quem menos precisa. Aplica-se a lei do cuidado inverso, quem mais precisa é quem menos recorre. Quem mais precisa é quem tem menos literacia, menos meios e nem sequer se consegue aperceber do que precisa nem tem meios para ir à procura.

Nós defendemos modelos de proximidade.

Depois, nos modelos de proximidade, o que está em causa é como é que nós garantimos que os cuidados são variados de forma a que todos os profissionais concorram para o mesmo cuidado e como são planeados para que haja continuidade, no tempo e no espaço, entre todos os cuidadores. Então, redesenhámos um instrumento, que se chama Plano Individual de Cuidados.

Este Plano Individual de Cuidados permite que haja um planeamento integrado, que os vários profissionais planeiem todos no mesmo instrumento, e que verta todos os planeamentos para um plano único acessível aos diversos tipos de cuidadores, a começar pelo próprio doente, num perfil próprio, e que verte para esse perfil a responsabilidade de cada cuidador. E esse sistema é acessível onde quer que a pessoa esteja - não interessa se está no hospital, nos cuidados de saúde primários, em casa ou nos cuidados continuados, não interessa.

O que é que nós garantimos? Nós não garantimos, nem nos interessa, se o resultado da TAC que a pessoa fez está acessível em qualquer parte. Isso é secundário. O que é que é importante para a pessoa e para os cuidadores? É importante que haja integração e continuidade no cuidado que tem de ser prestado e é isso que este instrumento garante. Em cima disso estamos a desenvolver o sistema aplicativo informático que permite que isto funcione. Está a ser feito uma prova de conceito aqui no Hospital Central do Alentejo, em Évora e está a ser feito outra prova de conceito no Centro Hospitalar Lisboa Norte, em articulação com os ACES com que mais se trabalha."

Hospitalização domiciliária: o paradigma que a pandemia expandiu

Os números são, de facto, impressionantes:

JANEIRO 2020 14 unidades 75 utentes

DEZEMBRO 2020

32 unidades 4.994 utentes

São responsáveis por este aumento exponencial os doentes por Covid-19: "o que - apesar de tudo - valeu aos hospitais e aos doentes, no pico da primavera do ano passado, e já deste ano, é que, face ao universo dos infetados, que resultam do boletim diário, chegámos a ter 98% dos doentes em casa. E isso é que permitiu dar segurança aos doentes e aos profissionais e que os hospitais não entrassem em colapso, como quase aconteceu em janeiro deste ano".

É Delfim Rodrigues, Coordenador do Programa Nacional de Implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária nos hospitais do SNS, quem divulga este cenário e confirma: a pandemia foi, de facto, a oportunidade que faltava para expandir este modelo de cuidados de saúde.

"No início da pandemia, havia muitos temores: então mas agora vamos a casa dos doentes? Não será melhor fazermos aqui um compasso de espera? Debatemos muito tudo isto entre nós e fizemos benchmarking internacional. Havia a questão de saúde pública, já que os profissionais também são vetores de transmissão da doença. Por outro lado, trabalhámos algumas normas de orientação clínica. Ainda antes da DGS, trabalhámos com a Associação de Medicina Interna, que também tem um núcleo de hospitalização domiciliária. Essas normas indicaram que doentes Covid-19, com internamento, ao 10° dia ainda podem revelar alguma situação da doença mas já consomem menos de 1 litro de oxigénio por dia (estou a falar do que aprendi com os enfermeiros e com os médicos).

Esses doentes passaram a ser tratados em casa, com 3 objetivos: a proteção dos doentes e da família, segurança dos profissionais e libertação de camas para os doentes Covid-19 mais severos, particularmente aqueles que estavam em internamento geral, como é designado, e que estavam em limiares de transição do internamento geral para os cuidados intensivos.

A atividade acentuou-se consideravelmente desde março a junho. Tínhamos praticamente 2.000 no primeiro semestre de 2020 e terminámos o ano com 4.994 doentes. Se quisermos converter isto em camas hospitalares, dá um hospital físico de 350 camas mas ainda com uma baixa taxa de ocupação, cerca de 60% "

Podemos, então, dizer que hoje a dispersão e a desconfiança face a este modelo estão ultrapassadas?

Delfim Rodrigues, responde afirmativamente, apontando para dois fatores de força: equipa e literacia.

"Discutimos [as equipas de hospitalização domiciliária a nível nacional] isto todos os dias e, à noite, passamos a noite a trocar mensagens no WhatsApp, a trocarmos experiências e pedir recomendações. A grande virtude é termos conseguido criar aqui uma cultura de grupo, uma cultura de equipa.

Vou contar esta história. Começava o meu dia no hospital sempre da mesma maneira: talvez pela formação militar começava o dia a passar revista ao hospital, a falar com toda a gente. E, numa dessas deambulações, entrei numa enfermaria e estava uma enfermeira a perguntar a um doente: Então, o que é que o Sr. Dr. lhe disse? E o doente virou-se para a enfermeira e disse-lhe: 'Mas os senhores não falam entre si? Não costumam reunir? Pergunta-me a mim o que o médico me disse? Eu até posso dizer mas se calhar não estou habilitado, até pela semântica e pelo léxico, a dar uma informação correta.' Eu saí dali, fui para o meu gabinete e chamei o meu diretor de serviço, para lhe perguntar sobre os métodos de trabalho.

A base da agregação destas equipas [de hospitalização domiciliária] é que elas vão em conjunto ver o doente. Metem-se de manhã no carro e vão ver o doente a casa. Mas antes, a equipa reúne-se, normalmente às 8 da manhã, com o processo clínico do doente. Reúnem-se os médicos e os enfermeiros e, se for preciso, também os farmacêuticos."



E foi isso que encontrámos em Valongo

"Nós iniciámos oficialmente o projeto no dia 2 de maio de 2019, fazemos agora os 2 anos." Conta-nos Miguel Santos, Enfermeiro Gestor da equipa de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar de São João. E transporta-nos para a experiência concreta deste modelo de cuidados hospitalares ao domicílio.

"De manhã, de 2ª a 6ª, sai sempre um médico e um enfermeiro; de tarde, se for necessário de acordo com o plano clínico do doente, temos a equipa de enfermagem a sair e equipa médica está de prevenção. Sábado e domingo, é só mesmo o enfermeiro que vai a casa. Fazemos permanência entre as 8h e as 22h e, a partir das 22h, fazemos prevenção. Os doentes ficam com os nossos contactos de permanência e o nosso contacto de prevenção."

Quando entrámos na sala deste serviço, acontecia a mudança de turno e numa pequena mesa quadrada estavam sentados, a conversar, enfermeiros, médicos e uma assistente social.

Miguel Santos sublinha o crucial deste 'sentados à mesma mesa': "Quando me entregaram este projeto, comecei a pesquisar, a ver o Garcia da Orta e o Hospital de Gaia e achei que era um projeto que fazia todo o sentido. Primeiro, porque conseguíamos, pelos critérios que estão definidos, criar a segurança necessária para o doente poder estar no seu domicílio, o que é sempre um dos pontos principais. Por outro lado, a interdisciplinaridade a que isto obriga, um trabalho em conjunto entre médicos e enfermeiros, e depois todos os outros apoios. A assistência social é importantíssima, quer na avaliação das condições para o doente ser admitido no seu domicílio, quer depois toda a dinâmica que daí decorre. Achei um serviço aliciante e inovador."

Neste modelo, o paradigma muda por completo.

"Quando chegaram os outros três colegas, eu disse-lhes: «Vocês percebam que vão passar a um paradigma completamente diferente. Quando estamos no nosso hospital, estamos na nossa casa, na nossa família, e o doente é o elemento estranho. Aqui, mudam de paradigma, eles vão passar a estar em casa deles, com a sua família e são vocês o elemento estranho. Mas há uma coisa de bom, é que vocês são os bons estranhos, aqueles que vão levar àquele doente todos os cuidados que ele necessita. Vocês serão sempre muito bem recebidos.»

E isto confirma-se. Por norma, pedimos sempre para preencher um inquérito de satisfação e todos os inquéritos que temos recebido até hoje, e julgo que é idêntico a todas as unidades, nós temos cerca de 5 a 10% de doentes Satisfeitos e o restante são doentes Muito Satisfeitos; não temos doentes Pouco ou Nada Satisfeitos."

Da troca de conhecimento interprofissional à literacia do utente

Está relacionado?

Delfim Rodrigues não tem dúvidas que sim.

"Eu só vejo, nos hospitais, médicos a reunir com médicos, enfermeiros a reunir com enfermeiros, farmacêuticos a reunir com farmacêuticos. Toda a gente se reúne corporativamente, é muito raro o hospital onde a equipa se reúne toda.

A equipa não é só médica não é só de enfermagem, a equipa é de saúde e tem de ser centrada no doente, tem de ter uma abordagem personalizada. Um dos indicadores que monitorizamos mensalmente é o tempo de permanência das equipas em casa do doente, quem esteve, quais as profissões. A nossa média de permanência nas 32 unidades, em dezembro, foi de 43.5 minutos. Digam-me, se souberem, em que hospital é que um médico e um enfermeiro estão 43 minutos juntos à cabeceira de um doente.

Isto tem outra vantagem. Com este tempo de permanência, acabam também, em simultâneo, por fazer educação e prevenção e também reabilitação. Essa é uma das razões pelas quais nós temos uma taxa de mortalidade 4 vezes menor do que nas mesmas circunstâncias em hospitais. Quando falo em taxa de mortalidade falo daquele algoritmo da morte expectável, não falo das mortes não expectáveis. Às vezes os doentes morrem e recebemos cartas de agradecimento da família, dizem-nos: 'Eu bem sabia que ele ia morrer.' O problema é quando recebíamos cartas a dizer, 'o meu pai não foi para aí [para o hospital] para morrer.'

Por outro lado, as taxas de reinternamento, em ambiente hospitalar, é de 30 a 33% e as nossas taxas de reinternamento são consideravelmente inferiores, já para não falar das taxas de infeção hospitalar."

A literacia enquanto motor de saúde, de prevenção, de empoderamento, de acessibilidade é central na nossa conversa com Sofia Crisóstomo, Coordenadora do Projeto Mais Participação, Melhor Saúde.

E vai mais longe: a literacia não só ao nível das pessoas, mas também ao nível de quem decide: "os decisores precisam de mais literacia para melhor envolverem as pessoas. Mesmo ao nível da prestação de cuidados individual, os enfermeiros estão muito à frente porque sempre fizeram isso, mas os decisores continuam a pensar mais no conhecimento de perito e não no conhecimento das pessoas que vivem com a sua doença e utilizam os serviços de saúde. O que as pessoas precisam é, por exemplo, que o registo de saúde

eletrónico tenha mais informações. Ou que tenha todas as suas informações, que tenha todo o seu processo clínico, para que a pessoa possa consultar quando precise, levar a outro profissional quando precisa, para estar acessível sempre que a pessoa queira aceder a cuidados de saúde possam ter acesso mediante autorização da pessoa.

Hoje em dia, há muitas pessoas a usarem ferramentas para gerirem melhor a sua doença, para gerirem melhor a sua medicação, para colocarem as perguntas que querem dirigir aos seus profissionais de saúde quando têm uma consulta com o médico ou de enfermagem. As pessoas já estão muito mais à frente.

As pessoas já têm bastante conhecimento, mas onde ele ainda é preciso é ao nível do funcionamento do sistema, dos seus direitos como utentes, de que forma podem exercer os seus direitos dentro do SNS. As pessoas conhecerem que há tempos médios garantidos, conhecerem que têm direito a ser referenciadas para o hospital da sua escolha e não ao hospital de referência do seu centro de saúde porque isso já não existe. E, normalmente, vai escolher onde sabe que há mais qualidade. Temos informação pública sobre o tempo médio de resposta em cada unidade hospitalar e especialidade. Essas são informações extremamente úteis e que as pessoas podem utilizar quando querem ser referenciadas para serem atendidas mais cedo, o que, em muitas situações, se traduz em menos agravamento da doença, menos custos para tratar aquela situação só por a pessoa ser atendida mais cedo. Este é um exemplo muito

O que é que falta aqui?

A informação existe disponível publicamente, mas os cidadãos, em geral, não sabem onde é que ela existe, onde está disponível. Ela é afixada nos hospitais, em quase todas as salas de espera de cada serviço, mas se não há uma capacitação para a pessoa usar esta informação depois, essa informação não serve para eu exercer o meu direito. Quando estou à espera no hospital há 90 dias e sei que o tempo de resposta são 60, também me capacita para eu enviar um pedido de informação à administração ou ao gabinete do utente e dizer que eu sei que o tempo de resposta garantida é este e eu já estou à espera há este, qual é a solução que o hospital me propõe. E quando as pessoas fazem isso, têm normalmente uma resposta do conselho da administração.

Por isso, a pessoa ser capacitada sobre os seus direitos ajuda a ter acesso aos cuidados que lhe são devidos e que se podem traduzir em mais anos de vida, com melhor qualidade e menos custos para o SNS, no final."

Mas como podemos, de uma vez por todas, capacitar os utentes com informação?

Sofia Crisóstomo é perentória: diversificar canais e perguntar aos cidadãos o que eles realmente precisam de saber. "Os conteúdos devem estar disponíveis onde os cidadãos andam e onde estão. Mesmo as pessoas mais velhas têm hoje muito acesso a meios digitais. E podem pensar-se também em coisas mais caras, como programas de televisão porque ainda há segmentos da população, sobretudo mais velhas, que consomem muito esses produtos televisivos.

Mas com conteúdos a ser elaborados com os cidadãos, para ser em linguagem que percebem, para terem informação que eles de facto necessitam. Aí, novamente, temos cidadãos a passar pelo SNS todos os dias que podem dar uma imensa ajuda nisso. Se nós um dia perguntarmos a uma amostra de cidadãos que entram num hospital ou centro de saúde o que eles gostavam de saber sobre os seus direitos, sobre tempos de espera, sobre o que for. Aproveitar para perguntar às pessoas as questões que elas têm e dar-lhes as respostas de uma forma e numa linguagem leiga e de forma acessível."

Mas corremos riscos em acentuar desigualdades? Ou seja, Quanto mais proficiente a pessoa for, nas tecnologias e na busca de informação, mais próxima está dos cuidados de saúde, não é verdade?

" Essa questão é muitíssimo importante e parte exatamente por esta questão da literacia. Ou seja, nós não precisamos que as pessoas sejam literadas para as envolver. Pelo contrário. Precisamos de garantir que envolvemos as pessoas que têm menos literacia - na produção de materiais, na identificação das barreiras que encontram no acesso ao SNS, nas barreiras que encontram em termos de compreender a informação que lhes é prestada.

Aí, uma ferramenta muitíssimo importante, e que ainda tem estado arredada do SNS, são os mediadores de pares. Vimos agora, por exemplo, como os mediadores de pares não foram envolvidos no âmbito da Covid-19 e depois foram tão necessários em determinados bairros, junto dos migrantes, junto de utilizadores de droga, junto dos sem-abrigos, junto de trabalhadores do sexo. É muito importante este trabalho de mediadores de pares em muito contextos e também na saúde. Eles podem ter um papel muito importante para evitar perpetuar desigualdades, quer intermediando o contacto, quer falando a mesma linguagem, quer dizendo ao SNS e a quem decide no SNS, como é que estas pessoas devem ser abordadas."



A pessoa não só no centro dos cuidados, como também no centro de decisão

Sofia Crisóstomo remata com as ferramentas de apoio à decisão partilhada. "Por exemplo, se quero explicar a uma pessoa quais os tipos de hipertensores que existem e quais as aplicações e implicações que podem ter em termos de efeitos secundários no seu dia-a-dia, poderia recorrer a auxiliares de apoio à decisão. São ferramentas visuais (também muito usadas nos Estados Unidos) para os cidadãos e para os profissionais e há muitas evidências de que isto ajuda. Se o profissional de saúde conseguir decidir, em conjunto com a pessoa, e escolherem a terapêutica que é melhor e mais adaptada para a situação da pessoa, vai haver maior adesão à terapêutica e menos gastos em saúde. Aí também existem muitas provas de custo-efetividade.

Sem dúvida, que produzimos melhores resultados em saúde com este processo participado."

Manuel Lopes sublinha esta importância e aponta para as causas do seu falhanço sistémico.

"A literacia faz todo o sentido porque eu estou a co-construir um cuidado com a pessoa, eu não estou a ensinar nada à pessoa, estou a trabalhar com a pessoa para atingir o objetivo, que é o dela e não o meu. Vamos lá trabalhar em conjunto a ver o que encontramos para construirmos um projeto que é seu e irmos conseguindo objetivos calmamente.

Porque não se investe mais nisso? Por uma razão muito simples: os governos duram no máximo 4 anos e não há um único programa de literacia que dê resultado em 4 anos, nenhum. Isto só resulta em termos de médio e longo prazo e, basicamente, nunca nenhum governo pegou nisto a sério.

Se era necessário serem os governos a fazer isto? Não, não era necessário, se ao nível local e locorregional as instituições de saúde tivessem a autonomia e o discernimento, a visão (estou a ser crítico mas consciente disso) para deixarem de investir na aquisição de mais uma TAC que, relativamente à anterior, não faz nada de mais especial, apenas custa mais 1 milhão de euros, e passassem a investir esse milhão na promoção de literacia para que daqui a 5 anos se começassem a ver resultados que, a médio prazo, são muito mais interessantes que ter uma TAC xpto que me enfiaram pela goela abaixo, só porque sim. Este tipo de investimento não é suficientemente apelativo para captar o interesse de grande parte dos políticos. É muito mais fácil dizer que se conseguiu um acordo e que de repente até já fabricamos ventiladores em Portugal. Agora dizer



assim: Temos um programa de combate à obesidade infantil que em 10 anos, ou em 7 anos, conseguiu que 30% dos jovens deixassem de ser obesos e passassem para um peso normal ou próximo do normal. Então, fizeram um investimento em 7 anos que vai durar 50 ou 60 anos, cujos efeitos se vão sentir ao longo de 50-60 anos. O resto é paisagem.

Há aqui uma ligação entre os ciclos políticos e a dependência que as organizações têm das decisões políticas e a facilidade com que um projeto morre quando um ciclo político ou um dirigente muda, que é terrível. Um projeto desta natureza ou tem tempo para germinar, nascer, crescer, desenvolver e consolidar-se ou então é contraproducente."

O futuro? A personalização

"Dantes, íamos a um banco ou a um restaurante e havia alguma personalização? As coisas passaram a ser mais personalizadas. A saúde é um serviço e os serviços não têm futuro sem personalizar. A economia só conhecia o patamar da extração, manufatura e distribuição mas hoje temos mais um patamar, o da experiência. Isto tem de ser entrosado com os profissionais."

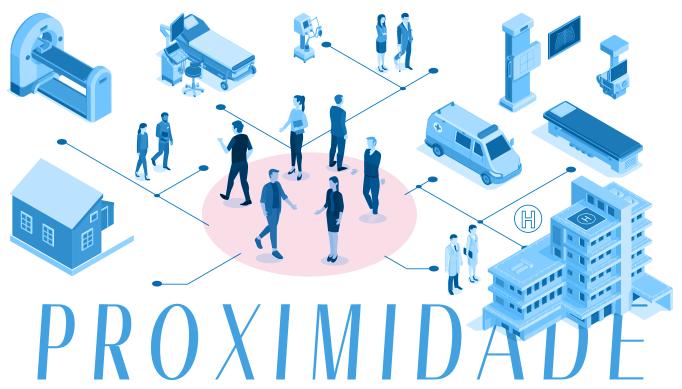
É Delfim Rodrigues quem o defende. E o Plano Individual de Cuidados que está em desenvolvimento pelas equipas de Manuel Lopes só o reforça.

"Temos que garantir um instrumento que promove a proximidade - não é só a domiciliação, é a proximidade - e, ao mesmo tempo, dar aos profissionais algo que lhes permite perceber o que o colega do hospital viu, que eu não vi, e que, em função disso, planeou. Permite que eu saiba o que lá se passou e o que se planeou em função disso.

Imagine que sou um enfermeiro que vou a casa das pessoas. Então eu, no contexto em que estou agora, vou dar continuidade ao cuidado feito no hospital. Ou então não, essa parte deixou de ter sentido porque a pessoa está em casa mas, em articulação e consonância com isso, faz sentido eu fazer mais aquilo. Então, acrescento ao planeamento e, ao acrescentar, deixo rasto daquilo que fiz para que, eventualmente, se a pessoa precisar de ir ao hospital, quem lá estiver souber o que fizeram em casa. E, de repente, tudo isto começa a fazer sentido e todos nós começamos a perceber onde é que as pessoas andam e o que andam a fazer."

E perguntamos nós: nesse modelo também seria possível integrar informações não exclusivamente clínicas?

"Depende do conceito de clínico. Toda a informação relevante para o processo de cuidados, para mim, é informação clínica. E é relevante para o processo de cuidados não só a informação sobre uma ferida que a pessoa tem numa perna, ou seja lá onde for, mas



também o que ela come e também que dinheiro tem para comprar o que tem de comer. Isso é informação relevante. Eu posso chegar à conclusão que aquela ferida existe porque a pessoa tem uma baixa considerável na concentração de proteína, tem uma alimentação pobre em ingestão de proteínas. Essa pessoa eventualmente teria o processo de cicatrização facilitado se tivesse uma alimentação rica em proteínas, que é ter carne, peixe, ovos em quantidade para enriquecer o seu conteúdo alimentar. E eu posso chegar lá, dotado deste saber, e digo-lhe: não se esqueça, tem de comer o dobro da carne que comia até agora. Só que me esqueço eu de um pormenor muito importante, é que 0 vezes 0 é nada. Se a pessoa não tem dinheiro para comprar carne e não come carne, ela vai comer o dobro, que é 0. Porquê? Porque a pessoa não tem dinheiro. Aqui, perceber este elemento, é sempre tão importante quanto tudo o resto."

A personalização da prestação dos cuidados de saúde passa então por esta tríade de elementos:

- não é a pessoa que se desloca ao SNS, é o SNS que se aproxima da pessoa
- a informação disponível e partilhável sobre a saúde de cada pessoa deve integrar contexto clínico, contexto sócioeconómico, familiar e qualquer outro contexto que seja relevante na prestação dos cuidados diários e deve ser facilmente atualizada pelas equipas multidisciplinares que cuidam da pessoa equipas de saúde, de assistência social, de reabilitação, entre outras
- a pessoa tem que fazer parte das decisões que implicam a sua saúde

E é neste âmbito que a nova Lei de Bases da Saúde aponta para a implementação dos Sistemas Locais. A proposta de regulamentação do Estatuto do SNS aprofunda este conceito, consagrando a organização locorregional das políticas de saúde que deverão ser definidas em função das necessidades regionais. Ou seja, os Sistemas Locais de Saúde deverão envolver todos os parceiros locais, como as autarquias, a segurança social, os hospitais, os centros de saúde, as escolas, a proteção civil e os cidadãos.

Porque só assim é possível identificar e travar problemas de uma forma agregada e, portanto, eficaz - como é a ineficiência energética das casas que determina anualmente o agravamento da situação de doença dos nossos idosos ou a obesidade na infância que só se combate com políticas de saúde integradas com todas os outros sistemas.

SEPS SSNS

por Enf. Augusta Sousa

SNS - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Vai longe o tempo onde as respostas em saúde eram um bem do qual milhões de portugueses estavam excluídos e/ou com acesso diferenciado consoante a sua situação laboral.

Um sistema de previdência disperso, limitado e suportado numa visão da saúde como responsabilidade individual e com limitações no acesso a cuidados de saúde impostas por uma lógica assistencialista conduziu ao desenvolvimento de subsistemas, potenciadores de respostas mais abrangentes para grupos específicos de trabalhadores, seja através de descontos especiais nos vencimentos (trabalhadores do Estado - ADSE, bancários - SAMS, militares - ADM), seja dos que trabalhavam para grandes empresas ou companhias, onde o exemplo de maior relevo foi o império CUF com uma resposta que abrangia toda a cadeia de cuidados. É neste quadro sintético que a reforma da saúde, no final da década de 60, sob a visão de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, vê a génese do SNS, ou seja, a reforma dos hospitais e a criação dos centros de saúde, com carreiras próprias para médicos e enfermeiros de acordo com as áreas de atuação (hospitalar, saúde pública e ensino).

A Revolução do 25 de Abril e o compromisso do Movimento das Forças Armadas com os 3 Dês - Democracia, Desenvolvimento e Descolonização - lançaram a base para, na Constituição de 1976, ser consagrado o direito ao acesso aos cuidados de saúde universal, geral e gratuito, a ser assegurado pelo SNS (art° 64°).

Em junho de 1978, António Arnaut adotou a verdadeira medida política, ao determinar o acesso de toda a população, com ou sem estatuto de contribuinte para a segurança social, aos postos da previdência e a todos os hospitais. Em 1979, é publicada a Lei Arnaut, as bases do SNS publicadas em lei!

A melhoria das condições de vida e, através do SNS, o direito de acesso universal, geral e tendencialmente gratuito aos cuidados, foram fatores determinantes para que Portugal, no que aos indicadores de Saúde diz respeito, se encontre entre os países que mais evoluíram ao longo dos anos, sendo que em alguns é mesmo dos primeiros, como é o caso da saúde materia infantil

SEP SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES

Mas também vai longe o tempo em que os cuidados de enfermagem eram prestados quase exclusivamente por auxiliares de enfermagem, em acordo com a realidade do país, onde, em 1970, a maioria da população tinha um nível de educação entre a 4ª classe e o ciclo preparatório, o analfabetismo era de 25,8% e portugueses com ensino superior eram apenas 1,6%.

Revisitar a história, mesmo de forma muito singela, é essencial para perceber o caminho percorrido. A liberdade de associação e a valorização do papel dos sindicatos permitiu consolidar a participação dos trabalhadores no processo de desenvolvimento do país ao longo dos mais de 40 anos de democracia.

É, pois, importante relembrar que, para a evolução dos indicadores de saúde, os enfermeiros foram um pilar essencial, na medida em que reforçaram a formação especializada e foram o suporte da organização da saúde pública e da saúde materno-infantil, fosse na garantia do plano de vacinação fosse na vigilância e acompanhamento das grávidas e recém-nascidos em todo o território nacional - Continente e Ilhas.

O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) que, em 1988, se assume como sindicato de âmbito nacional, com forte implementação na região Sul e Açores (área de jurisdição que vinha instituída desde a transformação do sindicato corporativo em sindicato democrático) rapidamente se estende ao Norte e Centro pelo empenho de centenas de colegas que desejavam participar, mais informados, nas transformações em curso na profissão e na saúde.

O SEP é repositório do legado construído pelo Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul e Açores (SEZSA) cuja prática era globalmente reconhecida, pela participação dos enfermeiros na vida e decisões que a todos diziam respeito e pela seriedade imprimida em processos negociais e/ou posições globais nas questões da saúde, educação e trabalho. Com esse legado, e depois como SEP, a sua intervenção ficou reforçada, abrangendo o território nacional e, consequentemente, as várias áreas de intervenção dos enfermeiros.

Os marcos que podemos assinalar no percurso dos 33 anos do SEP e a sua participação no desenvolvimento e reforço do SNS encontram-se plasmados em muitas das posições assumidas. Os princípios orientadores da intervenção do SEP no SNS pautaram-se em torno de 3 eixos considerados estruturantes:

- Enquanto serviço público, o SNS só pode garantir o que está constitucionalmente consagrado se o Estado garantir os meios necessários, através do financiamento pelo Orçamento do Estado dos recursos humanos (todas as profissões necessárias à garantia dos cuidados e sua qualidade), equipamentos e instalações;
- 2. O SNS só se desenvolve e reforça se o trabalho em equipa multidisciplinar for incentivado e valorizado. Para tal, a formação tem de ser contínua e por todos reconhecida e as instituições de saúde devem reconhecer e garantir que os vários saberes e competências sejam colocadas ao serviço das respostas organizadas que o SNS proporciona;
- 3. Os enfermeiros são um pilar essencial do SNS. Para que este responda às necessidades dos cidadãos é necessário que os seus profissionais tenham condições dignas de trabalho e reconhecimento.

CRONOLOGIA DE CICLOS DO SNS

onde podemos identificar o posicionamento que o SEP foi adotando.

1988-1995

- Em 1988, a regulamentação da Lei de Bases da Educação colocava o ensino de enfermagem no ensino profissional, ao nível do 12° ano. O SEP liderou o processo negocial de integração do ensino de enfermagem no ensino superior colocando os enfermeiros, nomeadamente os especialistas, com o grau de licenciatura, o que abriu caminho a mestrados e doutoramentos. Enquadra a autonomia da profissão decorrente do nível de ensino.
- O Novo Sistema Retributivo da Administração Pública e a negociação da carreira introduziram valorizações e reconhecimentos importantes dos enfermeiros, incluindo o Sistema de Avaliação de Desempenho, cuja referência é a definição de objetivos profissionais em função dos objetivos institucionais. Tal significa que a avaliação é um instrumento através do qual os enfermeiros contribuem para os objetivos globais da instituição e para a segurança e qualidade dos cuidados.
- Entre 1990-1992, faz-se oposição à Lei de Bases da Saúde (LBS) por descaracterizar o SNS e apoiar o desenvolvimento do setor privado. O Estatuto do SNS (ESNS) reforçava esta vertente ao facilitar os profissionais a pedir licença sem vencimento por 10 anos, desde que fossem trabalhar para o setor privado e ao centralizar as Administrações Regionais de Saúde, em detrimento da gestão e coordenação de proximidade como eram os serviços a nível distrital. A intervenção do SEP pautou-se por denunciar as implicações que daqui decorreriam para o SNS, e que se vieram a confirmar: aos enfermeiros foi limitada a capacidade de intervenção na gestão e coordenação dos serviços, nomeadamente no que se refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde tinham historicamente um desempenho de relevo, na medida em que eram os únicos profissionais com formação em gestão.
- Em 1994, o Hospital Amadora Sintra abre com gestão privada (Grupo Mello) e com profissionais, nomeadamente enfermeiros, vindos do serviço público e de Espanha. Esta nova realidade, no que respeita a um hospital público, foi questionada pelo SEP com intervenções sobre a garantia das condições de trabalho, a aplicação da carreira e a salvaguarda do tempo de servico.
- Entre 1991 e 1994, são desenvolvidos o Estatuto Profissional do Enfermeiro (REPE) e a Ordem dos Enfermeiros (OE). Em 1990, o SEP apresentou um projeto de lei e, em 1991, são iniciados os trabalhos de uma comissão com a participação dos representantes do SEP, cujo resultado é o atual Decreto Lei. É também iniciado o processo conducente ao reconhecimento da auto-regulação com a criação da OE. Esse é o culminar de um caminho gerado pela conviçção de que o respeito pela autonomia/responsabilidade profissional dos enfermeiros (o processo de Faro, em 1984, já tinha exposto o espartilho do quadro legal existente) era um importante passo para o reconhecimento dos cuidados de enfermagem e dos enfermeiros no necessário trabalho de equipa e na relação interprofissional.

1995-2000

- 1995 e 1999 foi um tempo de mudança, nos CSP, com os centros de saúde de 3ª geração e Sistemas Locais de Saúde, nos hospitais, com experiências piloto de gestão empresarial, implementação dos Contratos Individuais de Trabalho (CIT) como instrumento de maior flexibilidade na contratação, introdução do programa de listas de espera para cirurgias.
- O quadro de mudança colocou novos desafios ao SEP, no sentido de querer equilibrar o apoio às mudanças necessárias e a salvaguarda do cumprimento dos direitos dos enfermeiros, nomeadamente da carreira
- Tempo de lutar pela publicação do REPE e pela criação da OE e garantir que quem se opunha, nomeadamente a Ordem dos Médicos, não fizesse travar o processo. Objetivamente, o novo quadro jurídico para a profissão, consagrando a autonomia dos enfermeiros, era uma ameaça para o historicamente construído, em torno da profissão médica.
- O reconhecimento da licenciatura de base para a enfermagem, em 1999, foi um passo importante para o necessário equilíbrio no seio das profissões de saúde onde a licenciatura era o patamar de entrada. A licenciatura de 4 anos tinha ainda pouco paralelo a nível europeu, onde os dois níveis de formação permaneciam e as diretivas colocavam mais ênfase no ensino profissional do que no ensino superior. Para o SEP, todos os fatores que pudessem contribuir para o reforço da multidisciplinaridade nas respostas em saúde eram um instrumento essencial para o reforço do SNS.

2002-2010

- A política imprimida no início deste período foi a de implementar a lógica concorrencial e o apoio ao desenvolvimento do setor privado na saúde. As alterações na lei de gestão hospitalar transformaram 31 hospitais em Sociedade Anónima (SA) e deixaram caminho aberto para uma possível privatização e/ou gestão privada hospitalar. Entre outros fatores, a tentativa de subverter o que a enfermagem tinha construído, criando uma categoria nos hospitais que absorveria parte das intervenções dos enfermeiros, foi travada pela luta sindical e com a intervenção da OE.
- -■ = Retrocessos na reforma dos CSP.
- A segunda metade da década caracteriza-se por uma reformulação na rede hospitalar e nos CSP e pela criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (saúde e segurança social)
- No que se refere aos hospitais, a concentração em centros hospitalares, com regras de gestão privada fazem proliferar os CIT e a evolução na carreira fica estagnada, entre 2005/2009.
- Nos CSP são criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES) sem autonomia, os Centros de saúde (CS) são subordinados e incentivado o modelo de unidades de saúde familiar (USF), com organização própria e perspetiva de incentivos individuais e de equipa. Os enfermeiros aderem, mas o desmantelamento da organização dos CS cria grandes desigualdades nas condições de trabalho e dificuldade de coordenação nas respostas aos cidadãos.
- A RNCCI dá os primeiros passos, ainda incipientes, mas onde já se antevia o grande peso das IPSS, com recrutamento de enfermeiros essencialmente em duplo emprego e com condições de trabalho dependentes da precariedade, grande rotatividade e pouca vinculação.

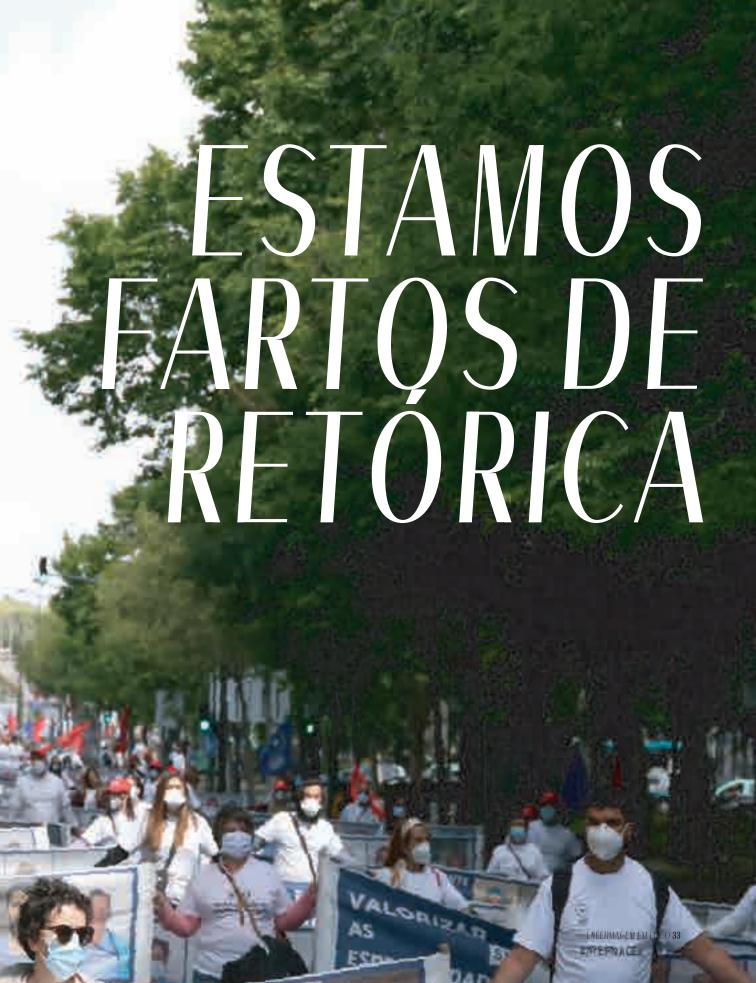
- Quando o processo de Bolonha é implementado, ainda se encontrava em curso a consolidação da licenciatura de base (1999). E o que poderia ter sido um passo para reforço da multidisciplinaridade e da autonomia dos enfermeiros e da enfermagem, as escolas de enfermagem decidem ao arrepio da profissão. Com Bolonha, os TDT passam a ter a licenciatura (correspondia ao bacharelato) e os restantes passam a "sair" com o mestrado (correspondia à anterior licenciatura) ao contrário dos enfermeiros, que mantêm o que já tinham. O SEP e a OE tomam posição, mas houve uma forte oposição das escolas que o Ministro não aceitou ultrapassar.
- Aplicaram-se regras que alteraram a forma de contagem de tempo para as progressões e para a organização das carreiras, que também se deveriam aplicar às carreiras especiais. Aos CIT era aplicado o Código de Trabalho, ou seja, a carreira não era aplicada.
- Foi neste quadro de profundas alterações no ensino, nas organizações de saúde e na regulação laboral que se perspetivou um Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que, pelo reconhecimento de competências dos enfermeiros pela OE, permitiria uma maior ligação do ensino e da investigação à prática clínica e, consequentemente, um reconhecimento e valorização dos cuidados de enfermagem como mais-valia para o SNS.
- É com estes pressupostos que o SEP lidera a alteração da carreira publicada no final de 2009.

2010-2021

- É o tempo da troika. É neste período que tudo o que estava regulamentado fica congelado. A desvalorização do trabalho assume grandes proporções. A carreira não foi aplicada na sua totalidade. Foi a estagnação e, consequentemente, a destruturação, com reflexos profundos na estabilidade profissional e nas organizações.
- O MDP não avançou, apesar de consagrado na lei. Houve desinvestimento no SNS, na globalidade, e transferências para o privado via as parcerias público-privadas (PP), cuja legislação aplicável é do setor privado, o que reforçou a desarticulação na aplicação das carreiras e obrigou à negociação de Acordos de Empresa, em que o SEP liderou os processos negociais.
- Mesmo após 2015, findo o tempo da troika, ficaram marcas coletivas que ainda persistem: desânimo, sentimento de impotência, destruturação de serviços, mobilidade permanente, emigração, etc.
- A carência crónica de profissionais, nomeadamente enfermeiros, técnicos e pessoal de suporte, com reconhecidas implicações para o SNS, foi e continua a ser motivo de intervenção permanente do SEP, assim como a batalha contra a precariedade e pela valorização do trabalho dos enfermeiros.
- O final da década foi um período de intensa tensão entre as organizações profissionais de enfermagem pelo irromper de movimentos "inorgânicos" que, progressivamente, contribuíram para um desgaste da imagem da profissão. A pandemia ajudou a que tal imagem fosse esbatida, mas o sentimento de pouco reconhecimento e valorização efetiva continua.
- A nova Lei de Bases da Saúde altera a lógica da anterior, colocando o SNS como o eixo central do sistema de saúde e os setores social e privado como supletivos. Assume a importância dos profissionais do SNS e, para isso, contou também o contributo do SEP e, com o novo Estatuto do SNS, será possíve ver salvaguardadas as expetativas dos profissionais.









No dia 12 de maio, Dia Internacional do Enfermeiro, fomos milhares de rostos a percorrer a Avenida da Liberdade, em Lisboa. Protestámos, reivindicámos e fizemos aprovar este Manifesto. A enfermagem tem registado entre nós uma assinalável evolução, quer ao nível da respetiva formação e consequentes habilitações académicas e profissionais, quer no que concerne à complexificação e dignificação do seu exercício profissional.

Tornou-se imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

O aumento das necessidades em saúde e a sua crescente complexidade, decorrente, designadamente, das questões agro-alimentares, climáticas, demográficas, estilos de vida e inovação, estão a exigir respostas que apelam a intervenções com maior dimensão de multiprofissionalidade, transdisciplinaridade, proximidade e continuidade.

Os exigíveis planos e processos integrados de resposta às pessoas, famílias, grupos e comunidades, na consideração e respeito pela complementaridade funcional entre os diversos profissionais, decorrente das respetivas profissões,

tornam imperioso refletir, entre outros aspetos, a formação dos profissionais de saúde.

Desde logo a formação em enfermagem e a sua integração no sistema universitário.

Sendo assinalável os 25 anos de Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e na construção de caminhos que potenciem a afirmação e desenvolvimento da enfermagem, a reflexão em torno da aquisição e desenvolvimento de reguladas competências específicas em diferentes domínios com vista à intervenção em contextos crescentemente diversos, da supervisão clínica, da gestão, da investigação e consequente translação, requer o envolvimento e empenho de todos, no sentido de reforçar a sua imprescindibilidade e na obtenção de ganhos em saúde.

O quadro pandémico com que temos estado confrontados e as necessárias respostas, entre muitas outras relevantes ilações, vieram exaltar a importância de Serviços Públicos Prestadores de Cuidados (Serviço Nacional de Saúde/SNS) e dos profissionais de saúde.

Para além do necessário reforço de financiamento, meios e recursos do SNS, a exigível regulamentação da Lei de Bases de Saúde deve iniciar-se pelo Estatuto do SNS e priorizar os Sistemas Locais de Saúde/SLS.

Constituindo o mais promissor dispositivo por área geodemográfica, os SLS, integrando entidades públicas, serão fundamentais não só na coordenação de respostas locais em saúde, articuladas, integradas e que garantam continuidade, mas, também, ao necessário combate relativamente a perspetivas municipalizadoras e privatizadoras da saúde.

Os enfermeiros sempre estiveram, continuam a estar e estarão à altura das exigências e das suas responsabilidades. Apesar das diversas precariedades, injustiças e desigualdades, na necessária resposta diária, incluindo no quadro pandémico, os enfermeiros fazem um inquebrantável esforço para garantir cuidados de qualidade. Este esforço em todos os domínios da sua intervenção, socialmente reconhecido e politicamente aplaudido, não teve consequências no plano material das concretas medidas que resolvam os seus problemas.

Neste quadro é exigível a calendarização da negociação de diploma relativo a uma Carreira de Enfermagem única para todos os enfermeiros, independentemente do vínculo, bem como a continuação da admissão de mais enfermeiros. Carreira de Enfermagem que, entre outros aspetos, valorize todos, resolva injustiças e desigualdades, dê perspetivas de desenvolvimento profissional e garantias de desenvolvimento salarial e compense o risco e penosidade, designadamente através de melhores condições de acesso à aposentação.

No plano imediato, é imperioso resolver os diversos problemas relacionados com a famigerada "contagem de pontos" para efeitos de progressão, com a transição para a categoria de enfermeiro especialista e com os vínculos precários.

Conscientes de que o desenvolvimento da enfermagem e a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros sempre estiveram intimamente associados e dependeram de dinâmicas coletivas da profissão, o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses promoverá os necessários espaços de reflexão e discussão, construtores da necessária unidade de todos os enfermeiros.



























O Jorge e a Rita são colegas há 17 anos no Departamento de Conflitos e Contencioso do SEP. O Jorge é o funcionário mais antigo da sede do sindicato, a Rita a mais nova.

"Logo que terminei o curso de Serviços Jurídicos, na Escola Profissional Bento de Jesus Caraça, fui chamada, vim a uma entrevista, com o Sr. Jorge, e fiquei. Foi em 2004, tinha 21, 22 anos."

Foi o início de um "casamento perfeito no trabalho" diz o Jorge. "Somos completamente complementares"

Em 17 anos, nunca houve um atrito e, desde o início, basearam a sua relação no respeito mútuo e na amizade. A Rita integrou-se na perfeição e recebeu sempre bem a informação e a experiência do Jorge, o seu guia e mentor, até aos dias de hoje.

Quando a Rita chegou ao SEP, o Jorge já tinha mais anos de casa do que a Rita de vida. Entrou em 1975, logo a seguir ao 25 de Abril.

"Quando entrei no sindicato, havia pilhas de cheques e vales de correio por levantar. Quando vim para cá, estava tudo em caixotes. Deram-me uma pasta de cabedal e ia pelos bancos, ia a meia dúzia e tentava levantar, depois ia aos correios levantar uns, revalidar outros. Era o meu trabalho, recuperar dinheiro."

Depois passou pela tesouraria, contabilidade e serviço de pessoal, pelo departamento de contratação e, em 1992, em troca com a colega Joaquina Valente, foi para o contencioso, onde permanece até hoje.

No contencioso, os enfermeiros são acompanhados por advogados, em casos em que há processo crime, processo cível ou processos disciplinares. Processos em que os enfermeiros se encontram em momentos de particular fragilidade e preocupação, em que o apoio do contencioso pode ser dividido por três, de igual importância: o jurídico, o psicológico e o emocional. Nesta equipa, em que funcionários, dirigentes e advogados trabalham em grande proximidade, quase como uma grande família, o Jorge e a Rita estão bem conscientes da responsabilidade do que fazem e do valor da sua presença, para benefício dos sócios em situações problemáticas e de grande stress.

E os dois são unânimes sobre o que os motiva:

"Percebemos que estamos a ajudar e a dar forma ao que é o sindicato, que é defender. Fazemos o nosso trabalho em prol do sindicato, em prol dos enfermeiros, que é para isso que estamos cá. E isso deixa um sentimento de dever cumprido. Trabalhamos num departamento em que somos muito unidos, advogados e funcionários, damo-nos todos bem."

"Via-se a trabalhar noutro local?" - perguntamos ao Jorge.

"Não." - responde. "Porque isto identifica-se connosco. Eu vim para cá com 18 anos, quase que nasceu comigo, não me estou a ver noutro sítio. Advogado não gostava de ser, acho que é uma responsabilidade e exigência muito grandes e não me veria a defender um criminoso. Lido mal com injustiças e ter de defender uma injustiça seria muito complicado para mim. As injustiças aqui são diferentes, as instituições estão a fazer injustiças com os enfermeiros e nós estamos aqui a defendê-los. O capital mordisca tudo o que é do pessoal e nós podermos ajudar, é muito bom."

Em 46 anos de trabalho, acompanhou de perto todos os momentos históricos do sindicato e da enfermagem em democracia e, até à data, muitos foram os momentos que o marcaram. Um, em particular, foi a luta pela extinção da categoria de auxiliares de enfermagem, logo após o 25 de Abril.

"Antes do 25 de Abril, havia as duas categorias. Os enfermeiros diplomados tinham o curso, e faziam um trabalho de secretaria, de gabinete. Os outros, os auxiliares, faziam o resto do trabalho todo, eram guase os criados dos enfermeiros gerais. O processo, depois do 25 de Abril, de acabar com as duas categorias passou também muito pelo sindicato [Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul, à época], e por mim. Havia umas exigências burocráticas, tinham de fazer um curso de complemento, também para adicionar alguma teoria à enfermagem. Passavam a enfermeiros de 3ª, depois de 2ª e depois de 1ª, os que tinham o curso mais elevado. E esses não gostavam nada de ser equiparados aos auxiliares. Na altura até formaram um sindicato, o Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados [SNED], mas que não foi muito longe. Foi muito marcante."

O Jorge está prestes a sair do SEP, para se reformar. E planos de futuro?

"São muitos porque já os tinha antes, isto é só libertar uma parte do que faço na vida. Tenho uma quinta, um terreno de 6.000 m, aqui em Lisboa. Tenho árvores de fruto, terreno. Em Alvaiázere, de onde sou, apanho azeitona e faço vinho. Lá, tenho duas casas, uma mais nova e outra mais antiga e ando sempre ocupado com obras naquelas casas, faço por mim. Lá vão amigos e família, a filha, as netas. Gosto de bricolage, há dias até me ri sozinho. Encontrei um móvel no lixo, muito giro, mas faltavam as gavetas. Levei-o para lá e fiz-lhe as gavetas, pintei, ficaram iguais, parecia novo."

E adora viajar, viagens longas, muitos cruzeiros. Já viajou pelo mundo quase todo, mas a sede de viajar ainda continua viva. "Queria ver se este ano ainda fazia uma viagenzita." Além do prazer de conhecer tantos sítios e culturas, também conhece muita gente, é uma pessoa muito cativante, e faz grandes amigos por onde passa. A Rita confirma.

"É, primeiro que tudo, um bom amigo", diz, com a voz emocionada. "É um bom amigo, antes de mais, uma boa pessoa, foi um bom professor. Foi muito importante e muito inspirador. E vai fazer muita falta."

saber Participação cívica em Saúde: propostas de leitura

Sugerimos algumas obras relevantes para o aprofundamento do tema da participação cívica em saúde, um dos aspetos fulcrais de diferenciação e empoderamento na tomada de decisão dos utentes sobre a sua saúde, cuidados e acesso ao Serviço Nacional de Saúde.

Conselho Nacional de Saúde. Participação pública em saúde: todas as vozes contam.

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 2016, pelo Decreto-Lei n.º 49/2016. É um órgão independente e consultivo do Governo, criado para garantir a «participação dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde na definição das políticas, contando com a participação das regionais e institucionais, como forma de promover uma sociedade». É composto por 30 membros, incluindo de doentes e outras organizações; destacamos, como membro e elemento do grupo relator desta publicação, a Enf. Lucília Nunes, em representação do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal Sofia Crisóstomo, Margarida Santos IN Revista crítica de ciências sociais, 117, dezembro 2018: 167-186 Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rccs/n117/n117a09.pdf

Artigo de análise da iniciativa, de tipo bottom-up (de baixo para o topo), MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde, iniciativa inserida na necessidade de criação de mecanismos participativos efetivos, a partir da ação e investigação de utentes e ativistas em saúde que «reivindicam o direito a serem envolvidos, de forma regular e efetiva, nas decisões em saúde que os afetam.»



Saúde, participação e cidadania: experiências do sul da Europa

Mauro Serapioni, Ana Raquel Matos

Investigação aprofundada das experiências de participação pública em saúde, levadas a cabo em quatro países da Europa do Sul: Portugal, Espanha, Itália e Grécia, de forma a discernir a relação entre os sistemas de saúde e a sociedade civil e analisar as iniciativas de participação cívica que têm surgido, contextualizando e discutindo os seus potenciais e os limites.







Av. 24 de Julho, 132 1350-346 Lisboa, Portugal

sede@sep.pt

Atendimento telefónico: das 09h às 13h e das 14h às 17h +351 21 392 03 50 +351 21 396 82 02

• sindicatoenfermeirosportugueses

sep.org.pt

