



ENTREVISTA

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal

“... valor criado pela RNCCI consubstancia-se num novo paradigma do cuidar multiprofissional e interdisciplinar (...) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”

Pág. 9



MANUEL OLIVEIRA

ANA CARVOEIRO
ANDRÉ DIAS
BEATRIZ MENESES
NÁDIA SILVA

Utilização de lactobacilos na prevenção da recorrência de candidíases vaginais – qual a evidência?

“De acordo com a melhor evidência disponível, não é ainda possível recomendar o uso de Lactobacilos como terapêutica de prevenção de recorrência da candidíase vulvo vaginal”

Pág. 7

INVESTIGAÇÃO

DOSSIER TEMÁTICO

A importância do ensino de Suporte Básico de Vida nas comunidades escolares

“O conhecimento em Suporte Básico de Vida é um ato de solidariedade, de responsabilidade social e de consciência cívica que se inscreve nos direitos e deveres de cidadania.”

Pág. 23



CHRIS BRANQUINHO

ANA SOLEDADE
ANA VALENTIM
BARTOLOMEU ALVES
CÁTIA GOMES
ESTÊVÃO SANTOS
M^ª JOÃO BATALHA
RUI PASSADOURO
SARA DIAS
TIAGO GABRIEL

Estudo longitudinal de literacia em saúde no concelho de Leiria

“... estudo de coorte que tem como objetivo medir a literacia em saúde na população adulta residente no concelho de Leiria ao longo dos próximos 10 anos (...) visa caracterizar a ansiedade e depressão, risco metabólico, e hábitos de vida, nomeadamente o consumo de álcool, tabaco e a prática de atividade física.”

Pág. 18

Hélder Carreira**EDITORIAL** 4**A singularidade do Info Saúde**

Nota Editorial da particularidade do projeto Info Saúde.

Solange Rodrigues**DOSSIER TEMÁTICO** 5**Literacia para a segurança dos cuidados de saúde:
o papel do Enfermeiro Especialista
em Saúde Comunitária e Saúde Pública**

Análise do papel do Enfermeiro Especialista na promoção da literacia em saúde com vista à segurança dos cuidados.

Ana Carvoeiro, André Dias,**Beatriz Meneses e Nádía Silva****INVESTIGAÇÃO** 7**Utilização de lactobacilos na prevenção da recorrência de candidíases vaginais – qual a evidência?**

Trabalho de investigação com as mais recentes evidências científicas da utilização de lactobacilos nas candidíases vaginais.

Lurdes Pereira e Marta Santana**DOSSIER TEMÁTICO** 8**Avaliação e orientação do casal infértil**

Abordagem da temática da infertilidade desde a avaliação à referenciação do casal para o tratamento em centros especializados de procriação medicamente assistida.

Manuel Oliveira**ENTREVISTA** 9**A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal**

Entrevista ao Sr. Coordenador da ECR | RNCCI com os principais desígnios de resposta da RNCCI, bem como a importância do novo enquadramento legal do Estatuto de Cuidador Informal.

Pedro Quintas**INVESTIGAÇÃO** 15**“Slow Nursing – Contributo para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem”**

Artigo de investigação sobre a temática do “Slow Nursing” na humanização dos cuidados, da teoria à prática de Enfermagem.

Ana Soledade, Ana Valentim, Bartolomeu**Alves, Cátia Gomes, Estêvão Santos,****Maria João Batalha, Rui Passadouro,****Sara Dias e Tiago Gabriel.****INVESTIGAÇÃO** 18**Estudo longitudinal de literacia em saúde no concelho de Leiria**

Trabalho de investigação que tem como finalidade avaliar o nível de literacia em saúde na população adulta no concelhos de Leiria, ao longo dos próximos 10 anos.

Marisa Serra**DOSSIER TEMÁTICO** 19**A criança com necessidades de saúde especiais —
Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e
Pediátrica na saúde escolar**

A importância do Enfermeiro Especialista no cuidado à criança com necessidades especiais no âmbito escolar.

Dulce Fonseca, Lídia Silva e**Mafalda Santos****INVESTIGAÇÃO** 21**Diabetes Mellitus Tipo 1 -
Capacitação dos agentes educativos**

Trabalho de investigação com enfoque nas estratégias de capacitação dos agentes educativos para a diabetes tipo 1.

Chris Branquinho**DOSSIER TEMÁTICO** 23**A importância do ensino de Suporte Básico de Vid
nas comunidades escolares**

Destaque da importância do conhecimento para a ação em suporte básico de vida no meio escolar.

Carlos Pinto**DOSSIER TEMÁTICO** 25**O contributo da Enfermagem na educação para os
afetos e para a sexualidade em meio escolar**

Análise do papel do Enfermeiro na educação para a saúde ao nível dos afetos e da sexualidade em meio escolar.

Hélder Carreira**DOSSIER TEMÁTICO** 27**Os desafios do desenvolvimento sustentável —
dos indicadores à criação de valor e prosperidade
económica nas organizações**

Análise da aplicação dos objetivos do desenvolvimento sustentável no seio das organizações, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade de processos.

Anabela Sousa, Bartolomeu Alves,**Beatriz Jardim, Helena Costa,****Isabel Craveiro, Paulo Coelho,****Rui Passadouro e Tiago Gabriel****DOSSIER TEMÁTICO** 31**Higienização das Unidades de Saúde do ACES Pinhal
Litoral**

A higienização das Unidades de Saúde enquanto procedimento vital em saúde.

Daniel Matos**DOSSIER TEMÁTICO** 32**Plano Integrado de Policiamento, Prevenção e Segur
ança**

Apresentação do Plano Integrado de Policiamento, Prevenção e Segurança, enquanto projeto pioneiro de proximidade à comunidade, desenvolvido pela GNR de Leiria.

Ana Carreira, Ana Carvoeiro,**Andreia Maciel, Joana Saraiva,****Maria Romano, Mónica Reis,****Ricardo Rodrigues, Sofia Oliveira e****Volodymyr Lavriv****DOSSIER TEMÁTICO** 34**Dia Mundial da Diabetes —****A capacitação do doente como chave para o sucesso**

Recordatória das ações desenvolvidas para capacitação do doente, a propósito da celebração do Dia Mundial de Diabetes.

Madalena Santos**ENTRE A ARTE E O PENSAMENTO** 36**Crónicas de Inverno****Alunos do Jardim de Infância da Barosa,****Agrupamento de Escolas D. Dinis****ENTRE A ARTE E O PENSAMENTO** 38**A paz aos olhos das crianças**

Fonte: <https://www.expositorcristao.com.br/a-prioridade-da-paz>



HÉLDER CARREIRA

Coordenador Editorial

A singularidade do Info Saúde



Fonte: <https://wonderopolis.org/wonder/have-you-ever-been-sailing>

Brota no nascer de horas de edição,
A edificação de um novo conhecimento,
Por cada artigo o jubilar do saber ímpar,
A motivação de fazer o empoderamento.

Resultado de uma equipa multidisciplinar,
Das áreas temáticas à investigação,
Das entrevistas à arte e pensamento,
Cada número aclara a dimensão.

O *Info Saúde* compõe as sílabas das palavras,
A grandiosidade de fazer do querer, a ação,
Partilha o tempo a cada segundo,
Acompanha a sociedade, ao instante da evolução.

Em cada página digital,
Transforma pixéis em emoções,
Faz do presente, história marcante,
Cria laços, ergue saber pelas ações.

Após 610 dias do primeiro número,
O *Info Saúde* é o espelho da inovação,
De um SNS moderno, criador, grandioso,
Assim o futuro testemunhe a sua dimensão.

FICHA TÉCNICA

Edição

Número 6 - Ano III

Equipa

Ana Baridó

Carolina Saraiva

Cristiana Rosário

Denise Velho

Elsa Rodrigues

Hélder Carreira - Coordenador Editorial

Madalena Ferreira

Madalena Santos

Mafalda Santos

Mónica Reis

Pedro Quintas

Rute Malagueta

Conselho Científico

Conselho Clínico e de Saúde do ACES PL

Comissão da Qualidade e Segurança do ACES PL

Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida

Periodicidade

Publicação quadrimestral (janeiro, maio e setembro)
via online

ISSN

2795-4536

Contacto

Website: infoсаudeacespl.blogs.sapo.pt/

 Info Saúde ACES PL

**SOLANGE RODRIGUES***Enfermeira**Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Leiria, EPE*

Literacia para a segurança dos cuidados de saúde: o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

A literacia em Saúde (LS) é definida como conjunto de competências cognitivas e sociais das pessoas para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação em saúde de modo a tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o seu ciclo de vida¹.

Em Portugal, quase 50% da população apresenta baixos níveis de LS, sendo que essa percentagem aumenta para 60% em grupos considerados vulneráveis (idosos, pessoas com baixa escolaridade, baixos rendimentos, doenças crónicas ou dificuldade de acesso aos cuidados)².

Níveis baixos de LS condicionam a forma como cada um é capaz de tomar decisões sobre a sua saúde, afetando, não só a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos, mas também tem implicações diretas nas despesas de saúde e nas formas de organização dos sistemas de saúde nacionais³.

O tema da segurança do doente surgiu, nas últimas duas décadas, como uma questão central sendo considerado um componente fundamental da qualidade na saúde⁵. Em 2019, foi revelado, pela Organização Mundial de Saúde, que ocorrem cerca 134 milhões de eventos adversos por ano devido a cuidados inseguros, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anualmente⁶.

A segurança do doente pode ser definida como a redução do risco de danos para o doente relacionados com os cuidados de saúde⁷, e é uma prioridade de saúde pública e um fator decisivo para a qualidade dos cuidados de saúde⁵.

Até então, as estratégias utilizadas na promoção da segurança do doente têm-se centrado, maioritariamente, na mudança do comportamento dos profissionais de saúde e nos sistemas de notificação de incidentes⁸.

No entanto, é fundamental promover um papel mais ativo do doente no seu processo de saúde-doença, centralizando os cuidados no doente. Por isso, a inclusão dos doentes, familia-



Fonte : <https://www.myamericannurse.com/cybersecurity-healthcare-records/>

res e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais importante, sendo a literacia em saúde uma das bases fundamentais para segurança dos cuidados de saúde⁵.

Um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 é aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados, sendo que a meta estabelecida é, até 2026, a realização de, pelo menos, uma ação de sensibilização anual dirigida aos doentes, famílias e cuidadores por parte de 90% das instituições do Sistema Nacional de Saúde⁵.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) tem como foco de cuidados a comunidade, promovendo o empoderamento comunitário e a participação da população na resolução dos seus próprios problemas⁹. É sua competência específica a capacitação de grupos e comunidades, com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações^{10,11}.

A LS constitui-se uma estratégia prioritária de saúde pública, pois contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, são um fator determinante na promoção da LS junto da população¹².

(continuação na página seguinte)

Literacia para a segurança dos cuidados de saúde: o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

A promoção da LS requer abordagem sistémica que inclua políticas de saúde e de educação e o envolvimento da sociedade¹³, que irá trazer benefícios individuais, mas também para a comunidade. Os benefícios individuais traduzem-se num maior conhecimento dos riscos, o que levará a uma maior participação da população em programas de saúde¹⁴, e de acordo com o PNSD 2021-2026 trará ganhos para a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde⁵.

Torna-se, então, evidente o papel do EESCSP na coordenação, integração e avaliação de projetos com vista à capacitação de grupos e comunidades para a melhoria da segurança nos cuidados de saúde, diminuindo os riscos e danos associados e, conseqüentemente, aumentando a qualidade dos cuidados.

Concluído a LS é pilar basilar para uma saúde de qualidade, que deve envolver os profissionais de saúde, a pessoa, a família e as comunidades. Deve ser entendida como um fator determinante de mudança (confrontar com a Fig. nº1).



Fig. nº1 - Literacia em saúde como determinante da mudança.

Fonte: Almeida, 2020, p. 1715.

Bibliografia

- Organização Mundial de Saúde. (2013). Health literacy: The solid facts. Copenhaga. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano De Ação Para a Literacia Em Saúde 2019-2021 – Portugal. Lisboa. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2016). Literacia em Saúde em Portugal-relatório Síntese. Lisboa. Retrieved from: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf.
- Pedro, A. R., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34 (3), p 259-275. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-portuguesa-de-saude-publica/vol/34/issue/3>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026: Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). World Patient Safety Day 2019. [web site]. Retrieved from <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf.
- Sheard, L., O'Hara, J., Armitage, G., Wright, J., Cocks, K., McEachan, R., Watt, I., Lawton, R., & Yorkshire Quality & Safety Research Group (2014). Evaluating the PRASE patient safety intervention - a multi-centre, cluster trial with a qualitative process evaluation: study protocol for a randomised controlled trial. Trials, 15 (420). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-420>.
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Publica. Lisboa. Lidel.
- REGULAMENTO N.º 428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, II série, Nº 135 (2018). Acedido em 23 de novembro de 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.
- REGULAMENTO N.º 348/2015 DE 19 DE JUNHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, II Série, Nº 118 (2015). Acedido em 23 de novembro de 2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf.
- Andrade, A. (2020). A responsabilidade das organizações literadas. In A. Andrade et al. Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações, p. 8-9. Retrieved from: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf.
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 33 (1), p. 6-8. Retrieved from <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12018>.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12 (80), p. 1-13. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Almeida, C. V. (2020). Literacia em saúde: um desafio emergente. Contributos para a mudança de comportamento. In A. Andrade et al. Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações, p. 10-19. Retrieved from: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf.

Utilização de lactobacilos na prevenção da recorrência de candidíases vaginais – qual a evidência?

ANA CARVOEIRO ¹BEATRIZ MENESES ²ANDRÉ DIAS ²NÁDIA SILVA ³

¹ Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Cidade do Lis

² Médica (o) Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Vitrius

³ Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Cidade do Lis



Fonte: <https://www.flickr.com/photos/lwr/8189524143>.

Introdução: A candidíase vulvovaginal (CVV) recorrente é definida como 4 ou mais episódios de candidíase vulvovaginal sintomática dentro de um ano. As causas podem ser multifatoriais, como diabetes, uso de antibióticos ou corticosteróides, duchas vaginais, comportamentos sexuais etc. A utilização de terapêutica com probióticos (lactobacilos) tem sido utilizada como prevenção da recorrência destes episódios.

Objetivos: Rever a evidência sobre a eficácia da utilização de lactobacilos na prevenção da recorrência de candidíases vaginais.

Metodologia: Pesquisa durante o mês de julho de 2022 de *Guidelines*, Meta-Análises (MA), Revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados (ECA) nas bases de dados *Guidelines Finder*, *National Guideline Clearinhouse*, *Canadian Medical Guidelines*, *Cochrane Library*, *BMJ Journal*, *DARE*, *Pubmed* e referências bibliográficas de artigos selecionados, utilizando os termos MeSH: “lactobacillus”, “recurrent vaginal candidiasis” e “prevention”. Foram incluídas publicações desde janeiro de 2002, em inglês e português. Usou-se a Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) para atribuir o nível de evidência (NE) e força de recomendação (FR). População: mulheres em idade fértil, não grávidas, imunocompetentes, com candidíases vaginais de repetição; Intervenção: administração via oral de lactobacilos; Comparação: placebo; Outcome: diminuição da recorrência de candidíases vaginais de repetição.

Resultados: Dos 35 artigos encontrados, foram selecionados 5: uma guideline e quatro revisões sistemáticas. De acordo com a guideline selecionada, os probióticos não são recomen-

dados para o tratamento ou prevenção da vaginite (FR C). Os restantes artigos, mostram resultados contraditórios acerca da eficácia do uso de Lactobacilos como prevenção da recorrência das CVV.

Discussão/Conclusão: De acordo com a melhor evidência disponível, não é ainda possível recomendar o uso de Lactobacilos como terapêutica de prevenção de recorrência da CVV. Permanece também a dúvida acerca de quais as estirpes de Lactobacilos mais eficazes/seguras, que dosagem máxima, qual a duração apropriada do tratamento e consequências de sobredosagem. Serão necessários mais estudos aleatorizados, de boa qualidade, para clarificar todas estas questões.

Bibliografia

- Hanson, L., VandeVusse, L., Jermé, M., Abad, C. & Safdar, N. (2016). Probiotics for Treatment and Prevention of Urogenital Infections in Women: A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 339-355. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12472>.
- Spence, D. (2009). Candidiasis (vulvovaginal). *ClinicalEvidence*, 01. 815-854.
- Abad, C. & Safdar, N. (2009). The role of Lactobacillus Probiotics in the Treatment or Prevention of Urogenital Infections – A Systematic Review. *Journal of Chemotherapy*, 21(3), 243-252. <https://doi.org/10.1179/joc.2009.21.3.243>.
- Kessel, K., Assefi, N., Marrazzo, J. & Eckert, L. (2003). Common Complementary and Alternative Therapies for Yeast Vaginitis and Bacterial Vaginosis: A Systematic Review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 58(5), 351-358. doi:10.1097/01.OGX.0000068791.04785.8D.
- Russo, R., Superti, F., Karadja, E. & Seta, F. (2018). Randomized clinical trial in women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: efficacy of probiotics and lactoferin as maintenance treatment. *Mycoses – Diagnosis, Therapy and Prophylaxis of Fungal Diseases*. doi:10.1111/myc.12883.
- Vaginitis in Nonpregnant Patients (Recommendations) - GuidelineCentral (2022). Nº 1 – January 2020 (last update Mach 2022), American College of Obstetricians and Gynecologists.

**MARTA SANTANA**

*Médica interna de Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar Santiago*

**LURDES PEREIRA**

*Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar Santiago*

Avaliação e orientação do casal infértil

A infertilidade foi reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública, afetando cerca de 10 a 15% dos casais no mundo, sendo que nos últimos anos tem aumentado a sua prevalência.

É definida como a incapacidade de engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem contraceção; nas mulheres com mais de 35 anos deverá ser considerada infertilidade após 6 meses de relações sexuais desprotegidas, também deve ser considerada nos casais com três ou mais abortos de repetição. Pode ser uma doença ou uma deficiência da capacidade reprodutiva individual ou do casal.

Os fatores de risco e as causas para a infertilidade são diversas. Devem ser considerados como fatores de risco: a idade, a exposição a agentes químicos, as doenças que afetam o aparelho reprodutor, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças infecciosas, problemas do foro genético, endocrinológico, ou do sistema imunitário. As causas masculinas mais comuns são: a oligospermia, espermatozoides com mobilidade reduzida, ou com configuração anormal e a azoospermia. O que respeita às causas femininas mais frequentes são a endometriose, falência ovárica, a obstrução das trompas e os abortos de repetição.

A abordagem inicial do casal deve incluir a história clínica completa, o exame físico tanto da mulher como do homem e a realização de exames complementares de diagnóstico que incluem: análises com estudo hormonal, a ecografia ginecológica, e no homem a realização do espermograma. Estas informações são essenciais para a referência do casal para o tratamento em centros especializados de procriação medicamente assistida.

Existem disponíveis em Portugal várias técnicas de procriação medicamente assistida, sendo as mais utilizadas, a inseminação intra-uterina (introdução de espermatozoides diretamente no interior da vagina ou no útero); a fertilização invitro – FIV (técnica através da qual um óvulo é fertilizado em meio laboratorial); a injeção intracitoplasmática de espermatozoides— ICSI (procedimento através do qual um único espermatozoide é

injetado diretamente no interior do óvulo para possibilitar a fertilização; o embrião é depois transferido para o útero).

Podem recorrer às técnicas de procriação medicamente assistida casais de sexo diferente com infertilidade, casais de sexo diferente sem infertilidade mas com doenças familiares graves que possam ser evitadas nas descendências através do recurso a testes genéticos pré-implantação; mulheres sem parceiro/a; casais de mulheres.

A idade mínima legal é 18 anos. O limite máximo para a mulher é 50 anos, não existe limite máximo para o homem. No entanto, estes tratamentos só tem financiamento público se forem realizados até aos 42 anos da mulher na inseminação artificial e 40 anos na FIV/ICSI.

Nos centros públicos, cada casal (ou mulher sem parceiro/a) tem direito a efetuar 3 inseminações artificiais e 3 ciclos de fertilização in vitro / microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides com transferência de embriões desde que não seja ultrapassado o limite de idade da beneficiária.

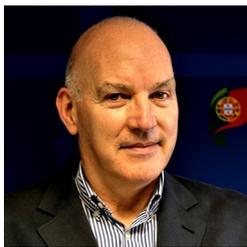
É importante que os médicos de família estejam informados acerca da abordagem ao casal infértil. Dada a sua proximidade com o casal infértil, está numa posição privilegiada para dar início à investigação da infertilidade. Apesar do tratamento estar fora do alcance da medicina geral e familiar, o médico de família tem um papel ativo ao acompanhar o casal ao longo do tratamento, esclarecendo dúvidas de forma e reduzir a ansiedade muitas vezes presente no casal.



Fonte: <https://reproductivehealthwellness.com/ivf-vs-icsi/>

Bibliografia

1. NICE Cincal Guideline, Fertility Problems: assesment and treatment, Fev 2013 [Last Update Sept 2017];
2. DGS- Saúde Reprodutiva Infertilidade, 003/2011;
3. Barros, Alberto (sd). Centro de Genética e Reprodução. Disponível em: <https://www.cgrabarros.pt/>.
4. Campos, Alexandra. A Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho — A regulação das técnicas de Procriação Medicamente Assistida em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 24, N.º 2 — Julho/Dezembro 2006. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95878/1/2-07-2006.pdf>.

**MANUEL OLIVEIRA***Coordenador da ECR | RNCCI**Assessoria para a Qualidade do Conselho Diretivo**Ponto Focal de crianças e jovens estrangeiros não acompanhados (CJENA)**Interlocutor Regional par a implementação dos estatuto do cuidador informal (ECI)***A Rede Nacional de****Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal**

Em entrevista¹, o Coordenador da Equipa Coordenadora Regional (ECR) de Cuidados Continuados Integrados da Rede Nacional (RNCCI), destaca os principais desafios a curto, médio e longo prazo, aclarando igualmente a importância do novo estatuto legal do cuidador informal.

¹ Colaboração de destaque da Enf^a. Carolina Saraiva e Enf^a Patrícia Rolo

Tendo sido criada em 2006, pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) conta com 16 anos de história. O que nos pode dizer da evolução da mesma?

Importa, sobretudo, valorizar todo o percurso de edificação desta resposta intersectorial, Saúde e Segurança Social, e reconhecer o devido mérito a todos quantos contribuíram para a sua conceção e implementação. A Rede tem sido implementada progressivamente e concretizou-se, no primeiro ano da entrada em vigor do decreto-lei referido, através de experiências piloto de sucesso, para o qual contribuiu a capacitação robusta das suas lideranças que permitiu uma grande solidez dos seus “alicerces” que até hoje perdura e sustenta o seu desenvolvimento, sempre tendo como referencial maior o respeito pelos seus princípios, que importa recordar.

Assim, são estes os seguintes princípios da RNCCI: prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; participação e corresponsabiliza-

ção da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

A importância e valor criado pela RNCCI consubstancia-se num novo paradigma do cuidar multiprofissional e interdisciplinar, evidenciado pelo conceito dos cuidados continuados integrados que os define como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Do percurso histórico da RNCCI há a destacar 4 marcos relevantes que ocorreram e com impacto na sua missão, organização e gestão.

O primeiro funda-se na publicação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), aprovada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que é regulamentada pela Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, na sua redação atual, que ao autonomizar-se retira à RNCCI esta tipologia de resposta, não obstante manter-se a necessidade de articulação e complementaridade entre estas duas redes.

O segundo, a publicação da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que na sua redação atual regulamenta a RNCCI, e que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI e as suas equipas gestoras (ECR, ECL e EGA).

(continuação na página seguinte)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal

O terceiro, relativo à publicação da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, que na sua redação atual, define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma das áreas que carece de maior investimento e desenvolvimento.

O quarto, relaciona-se com o facto da RNCCI ser reforçada, a partir de 2017, na sua ação, com o alargamento a unidades e equipas de saúde mental, que iniciaram a sua atividade enquanto projetos-piloto até 2020, assim como, a sua coordenação nacional, regional e local passa a ser assegurada pela coordenação nacional da RNCCI (CNRNCCI), equipas de coordenação regional (ECR) e equipas de coordenação local (ECL), integrando para o efeito, na sua composição, profissionais com experiência na área da saúde mental, nomeadamente médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e um assistente social, e assessoradas por um médico especialista em psiquiatria da infância e adolescência dada a especificidade dos utentes em causa. Toda esta reorganização rege-se de forma consolidada, no presente, pela Portaria n.º 311/2021 de 20 de dezembro.

Deste percurso, resulta a capacidade instalada na Região Centro que importa evidenciar pela positiva, face à excelente cobertura a nível de camas de internamento em todas as tipologias da RNCCI e pelos lugares em respostas de ambulatório.

Assim, relativamente à rede geral temos: 13 Unidades de Convalescença (UC - 372 camas); 38 Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR - 919 camas); 54 Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM - 1437 camas) e 72 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI: 726 lugares), num total de 3454 camas/lugares.

Quanto aos cuidados continuados integrados de saúde mental dispomos de 2 Residências de Apoio Máximo (RAMa 24 camas); 2 Residências de Apoio Moderado (RAMo - 24 camas); 2 Residências de Treino de Autonomia (RTA - 18 camas); 3 Unidades Socio-Ocupacional (USO - 86 lugares); 1 Equipa de apoio domiciliário (EAD - 8 lugares) que representam um total de 160 camas/lugares.

Chegados aqui, constituem, no presente, como maiores desafios a concretização do investimento previsto para esta área

no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) que permitirá reforçar significativamente a capacidade instalada no país e na região e, concomitantemente, a sua qualificação através de uma metodologia de trabalho colaborativa entre as várias entidades envolvidas, nomeadamente as gestoras e prestadoras, assente numa lógica integrativa de todos os contextos de cuidados de saúde e de apoio social e com a participação ativa dos nossos concidadãos, municípios e demais entidades com responsabilidades nesta área do cuidar.

Há muito que o paradigma da saúde tem vindo a evoluir no sentido do aumento significativo do índice de envelhecimento populacional, tendo Portugal um dos maiores índices de envelhecimento da Europa. Apesar da esperança de vida média ser maior, não é acompanhada por mais anos de vida saudável. A população portuguesa mais idosa é portadora de doenças crónicas, com muitas patologias associadas, mais suscetível a complicações decorrentes das suas doenças e com maior dificuldade na recuperação, requerendo uma maior oferta de cuidados continuados integrados. Qual tem sido a estratégia da RNCCI para dar uma melhor e maior resposta a estas necessidades?

Subscrevendo a introdução à questão colocada, diria que a estratégia da RNCCI tem sido ao longo do tempo assegurar a continuidade e integração de cuidados, em complementaridade com os outros níveis de cuidados, nas respostas às necessidades em cuidados de saúde e de apoio social, dirigidas aos nossos concidadãos de maior vulnerabilidade e risco, nomeadamente os doentes crónicos complexos, com comorbilidades e níveis de dependência e de incapacidade para o autocuidado e gestão do seu projeto de saúde/doença, progressivamente mais elevados.

Concomitantemente, de suporte e capacitação dos familiares cuidadores e/ou cuidadores informais a quem são colocados crescentes desafios, mas também dificuldades para garantir a continuidade e proximidade de cuidados em situações de grande dependência funcional, sobretudo em idosos com critérios de fragilidade, incapacidades graves e portadores de doenças severas em fase avançada ou terminal.

(continuação na página seguinte)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal



Fonte: : <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/04/05/rncci>

O desenvolvimento da RNCCI deve, em seu entender e considerando a conjuntura atual, ser através de um aumento do número de camas em respostas de internamento ou através do reforço das equipas domiciliárias? O que seria mais importante na adequação da resposta às necessidades populacionais?

Como é do domínio público, no âmbito do Investimento RE-CO1-i02 – “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos”, enquadrado na Componente 1 do PRR, negociado entre o Estado Português e a Comissão Europeia, aprovado em 16 de junho de 2021, cuja operacionalização será suportada por um planeamento nacional e regional, que consideram as necessidades dos nossos concidadãos em cuidados continuados integrados para as várias tipologias da RNCCI e a capacidade instalada no presente, consideramos que a nível das respostas de internamento, Portugal e a Região Centro, que a este nível já tem uma excelente cobertura, ficarão devidamente capacitados para responder com a devida acessibilidade, eficiência, efetividade e equidade.

Quanto às respostas domiciliárias, em particular as da responsabilidade das ECCI, urge a elaboração de um plano para o seu desenvolvimento de médio e longo prazo, que deverá ser iniciado pelo desenvolvimento do seu referencial legal e técnico, ou seja, a sua regulamentação nos mesmos termos do existente para as demais tipologias, sejam em camas de internamento ou em lugares de ambulatório, como por exemplo as equipas de apoio domiciliário no âmbito dos cuidados continuados integrados de saúde mental, conforme quadro regulamentar disposto na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na sua redação atual, e Portaria n.º 311/2021 de 20 de dezembro.

Vários são os estudos que evidenciam cientificamente o custo-efetividade das respostas domiciliárias. A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida constitui um desígnio a concretizar por todos nós, de forma interdisciplinar, em complementaridade, continuidade e proximidade. Cuidar em casa deverá ser o ponto de partida e de chegada do novo paradigma para a organização e integração dos cuidados de saúde e de apoio social, promovendo por esta via uma maior qualidade de vida e bem-estar para os nossos concidadãos, famílias e comunidades.

“Aumentar em 5.500 camas as respostas de internamento da RNCCI”. Atualmente na área do distrito de Leiria, onde se insere o ACeS Pinhal Litoral existem 169 camas de ULDM, 181 camas de UMDR e 20 de convalescença, perfazendo um total de 268 respostas de internamento. Paralelamente, as respostas em ECCI são de 44 lugares. Considera que há um desequilíbrio nestas respostas? Considerando todos os benefícios dos cuidados domiciliários, quer para utentes, quer relativamente aos custos dos cuidados, estamos em défice nas respostas domiciliárias?

Sem dúvida que sim, o que fica evidenciado pelas listas de espera que temos para esta tipologia de resposta da RNCCI e internamentos de doentes nas nossas unidades e que poderiam ser cuidadas no seu domicílio.

Temos um défice de lugares em ECCI no ACeS Pinhal Litoral, como em outros, que esperamos ir superando, considerando o plano de desenvolvimento destas equipas que pretendemos encetar, pela devida dotação em recursos, nomeadamente humanos, e decorrente dos investimentos previstos no âmbito da execução do PRR, que para a região centro prevê 11 novas equipas, o que nos permitirá garantir a universalização e equidade no acesso aos cuidados prestados por estas, nomeadamente em 8 concelhos onde ainda não estão constituídas e reforço em 3 onde a procura excede largamente a oferta.

No entanto, não poderemos deixar de referir que na nossa região deparamo-nos com duas realidades distintas a que importa aludir. Por um lado, temos uma oferta de lugares em ECCI, cuja procura é diminuta por défice de referenciação, muitas vezes por desconhecimento da capacidade instalada, défice de confiança dos outros prestadores ou ausência de alguns profissionais que devem integrar estas equipas a fim de responder cabalmente às necessidades globais em saúde, por outro, número insuficiente de lugares face ao défice de recursos humanos (e.g. médicos, enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, etc.) e materiais, problema já referido.

Poderemos estar numa fase de mudança de paradigma com uma aposta nos cuidados domiciliários?

(continuação na página seguinte)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal

Sem dúvida. A sustentabilidade do nosso Estado Social, nomeadamente na área da saúde e segurança social, mais concretamente do nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS), face às alterações demográficas existentes, padrões de comorbilidade crónica e complexa, assim como, os crescentes níveis de exigência dos nossos concidadãos no que à sua saúde e qualidade de vida dizem respeito, que consideramos legítimos e positivos.

A Reforma Nova Geração de Equipamentos e Respostas Sociais da Componente 3, preconiza o desenvolvimento de uma nova geração de respostas de proteção social aos cidadãos mais idosos e/ou dependentes, baseada não só em estruturas residenciais, mas também em respostas na comunidade. Os cuidados continuados domiciliários estão, atualmente, dependentes dos ACeS. De acordo com a constante no Plano de Resiliência pretende-se reforçar as respostas de proximidade “fomentando a desinstitucionalização e ambulatorização dos cuidados”, reforçando as ECCI, estando prevista a criação de 50 equipas, do SNS ou promotores.

Está previsto o aumento/reforço destas equipas na região centro? De que forma será regulado o acesso de eventuais interessados à criação das ECCI? Há alguma forma de garantir que as ECCI do SNS e ECCI de entidades promotoras externas tenham acesso ao mesmo tipo de financiamento e apoios?

Não obstante inicialmente estar previsto a externalização de algumas ECCI, para o sector privado ou social, após a devida reflexão foi tomada a decisão de manter as 50 equipas (1000 lugares) no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e do SNS, por analogia com as já existentes, conforme consta da Orientação Técnica da ACSS Nº 1/C01-i02/2022 de 12 de setembro “Investimento RE-C01-i02 - Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional dos Cuidados Paliativos” para a execução do PRR.

Quanto aos investimentos na área de respostas sociais inovadoras, focadas nos nossos velhos e cidadãos em situação de maior risco e vulnerabilidade, como sejam os dependentes para o autocuidado, consideramo-los como imprescindíveis para o cumprimento da nossa missão, face à intersectorialidade, proximidade, continuidade e integração das respostas que hoje nos são exigidas para melhor cuidarmos de quem precisa da nossa intervenção. Como já referido, cuidar em casa é o desafio que temos a responsabilidade e dever de concretizar a bem de todos, gestores, prestadores e cidadãos.

A criação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) permitiu que a RNCCI se estendesse a pessoas com problemas de saúde mental ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave.

Que alargamento está previsto para as respostas/tipologias âmbito na região centro, para além das existentes, já referidas?

Teremos na região centro mais 166 camas/lugares em todas tipologias dos cuidados continuados integrados de saúde mental, distribuídas conforme a Orientação Técnica suprarreferida.

Atualmente com uma resposta muito limitada, não existindo em determinadas zonas da região centro, considera que será possível num curto médio prazo “Alargar até 1.000 lugares, das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em 50 residências e unidades sócio ocupacionais (...) Alargar até 100 lugares, em 10 equipas de apoio domiciliário de saúde mental” como constante no Plano de Resiliência?

Acreditamos que será possível, pois o nosso desiderato será a execução do PRR a 100%. Esta é uma oportunidade que não poderemos desperdiçar porque nos permitirá corrigir assimetrias e desigualdades, nomeadamente a nível do acesso e equidade dos cuidados de saúde.

Está prevista a criação de unidades/equipas na área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral?

Sim. Importa referir que todo o processo de distribuição dos investimentos previstos no PRR, obedeceu a um plano de desenvolvimento, nacional e regional, muito criterioso, rigoroso e fundado nas necessidades em saúde e de apoio social das nossas populações.

Nesta área da Saúde Mental, importa acrescentar que os critérios transversais específicos que fundamentam a definição das áreas geográficas e distribuição das metas regionais, por tipologia, são os seguintes: necessidades apuradas por região; proximidade geográfica com Serviço Local de Saúde Mental (SLSM); articulação formalizada entre a entidade que se candidata e o SLSM.

(continuação na página seguinte)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal

Importa ainda afirmar que coube à Coordenação Regional de Saúde Mental, decorrente das suas atribuições legais, a identificação de necessidades e planeamento das respostas necessárias.

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, e o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, aprovaram o Estatuto do Cuidador Informal (ECI) regulando “os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada”. Quem se poderá enquadrar no conceito de Cuidador Informal? Quais os critérios para se ser considerado “pessoa cuidada”?

Nos termos do Estatuto do Cuidador Informal (ECI), poderemos ter o cuidador informal principal e o não principal. Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (art.º 2.º do ECI *in* Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro).

Relativamente à pessoa cuidada considera-se quem necessite de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de uma das seguintes prestações sociais: complemento por dependência de 2.º grau; subsídio por assistência de terceira pessoa. Pode ainda ser pessoa cuidada quem, transitoriamente, se encontre acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de complemento por dependência de 1.º grau, mediante avaliação específica dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, IP). Para efeitos do referido, são igualmente considerados os complementos por dependência de 1.º e 2.º graus e o subsídio por assistência de terceira pessoa atribuídos pela Caixa Geral de Aposentações (CGA). No caso de a pessoa cuidada não ser beneficiária de nenhuma das prestações identificadas anteriormente, o reconhecimento da situação de dependência fica sujeito à regulamentação prevista na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro (art.º 3.º do ECI).

Se um cidadão pretender ser um “Cuidador Informal”, o que deve fazer?

O reconhecimento do cuidador informal é da competência do ISS, IP, mediante requerimento por aquele apresentado e, sempre que possível, com o consentimento da pessoa cuidada, junto dos serviços da segurança social ou através do portal da Segurança Social Direta.

As entidades competentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou os serviços de ação social das autarquias que sinalizem a pessoa cuidada e o respetivo cuidador informal articulam-se com os serviços competentes da segurança social, para efeitos de apresentação e instrução do requerimento.

A implementação do ECI prevê que cuidador e pessoa cuidada sejam alvo de determinadas medidas de apoio. Em que se consubstanciam essas medidas?

Conforme o contemplado no art.º 7.º do ECI o cuidador informal poderá beneficiar das seguintes medidas:

- Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada;
- Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico;
- Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior;
- Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal;
- Formação e informação específica por profissionais da área da saúde em relação às necessidades da pessoa cuidada;
- Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário;
- Aconselhamento, informação e orientação, tendo em conta os direitos e responsabilidades do cuidador informal e da pessoa cuidada, por parte dos serviços competentes da segurança social, bem como informação sobre os serviços adequados à situação e, quando se justifique, o respetivo encaminhamento;

(continuação na página seguinte)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Estatuto do Cuidador Informal



Fonte : <https://www.delas.pt/>

h) Aconselhamento e acompanhamento, por profissionais da área da segurança social ou das autarquias, no âmbito do atendimento direto de ação social;

i) Informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário.

No âmbito do ECI, pela implementação da portaria n.º 64/2020, de 10 de março, estiveram em curso projetos-piloto. Como decorreu essa experiência? Também decorreram na região centro? Face aos resultados obtidos, será necessário alterar algum aspeto para o seu alargamento a todo o país? E para quando se prevê o seu alargamento?

Na região centro decorreram 6 projetos-piloto, nos concelhos de Alvaiázere, Figueira da Foz, Fundão, Seia, Sabugal, Miranda do Corvo, dos 30 a nível nacional.

Decorrente desta experiência foi possível fazer uma reflexão conjunta, a nível regional e nacional, que permitiu rever metodologias de trabalho, alterações legais mais facilitadoras para os cuidadores informais e aferir boas práticas que permitem hoje apoiar o processo em curso do seu alargamento a todo o país.

No geral, na região centro, a experiência foi muito positiva, sobretudo pela metodologia concebida e implementada de trabalho em equipa, desenvolvido pelos profissionais de referência da saúde e da segurança social, que instituímos e mantemos, e cujo empenho, dedicação e profissionalismo foram fatores decisivos para os resultados alcançados.

Importa referir, como medida prioritária a implementar, a criação dos grupos de autoajuda e de uma rede de voluntariado de suporte aos cuidadores e pessoas cuidadas.

Está prevista a designação de um Profissional de Referência da Saúde (PRS) no âmbito do ECI. De que modo se processará a intervenção da saúde? Quais serão as funções do PRS no processo? Que profissionais irão desempenhar essas funções?

Compete aos profissionais de referência, da saúde (PRS) e segurança social (PRSS), o acompanhamento de proximidade e, em conjunto com a pessoa cuidada e o cuidador informal, a mobilização dos recursos disponíveis para assegurar, de forma integrada e sistémica, os apoios e serviços para responder às necessidades em cuidados de saúde e de apoio social. Estes dois profissionais têm como responsabilidade a elaboração

conjunta, com a participação do cuidador informal e pessoa cuidada, do Plano de Intervenção Específico (PIE) ao Cuidador que orienta as suas intervenções e permite a avaliação do impacto destas.

Ao PRS compete-lhe, designadamente, no contexto da equipa de saúde familiar ou em articulação com esta, aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.

Todo este processo é documentado na Plataforma Colaborativa de Gestão de Conteúdos, denominada comumente por “Plataforma ECI”.

Relativamente à identificação do PRS, competência dos ACeS, na região centro optou-se por designar um profissional por concelho/centro de saúde de forma a melhor organizar todo o processo e articular com o PRSS, preferencialmente de entre profissionais com apetência ou que desenvolvam projetos nesta área de intervenção, sendo que deverão sempre articular com as respetivas equipas de saúde familiar do cuidador informal e da pessoa cuidada, quando atribuídas. Na sua maioria provêm das Unidades de Cuidados na Comunidade e também das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

Na sua opinião pessoal, quais são os ganhos reais que este estatuto traz para os cuidadores e para as pessoas cuidadas?

Acima de tudo estabilidade, segurança e confiança na vivência do seu exigente projeto de saúde/doença, pela sua capacitação para melhor cuidar, mobilização de recursos de apoio e medidas de suporte como o “descanso do cuidador informal” que possibilita ao cuidador poder beneficiar de um período de descanso, de acordo com a avaliação efetuada no PIE, resultado da avaliação técnica e/ou a pedido do próprio cuidador informal e/ou pessoa cuidada, com vista à diminuição da sua sobrecarga física e emocional, para além do subsídio ao cuidador informal principal nos termos regulamentados.

Em suma, o principal ganho é o foco colocado nestas pessoas em situação de grande vulnerabilidade, tantas vezes “invisíveis”, e nas suas imensas necessidades, permitindo por esta via planejar intervenções específicas (e.g. capacitação) e mobilizar recursos da comunidade que os apoiem e contribuam para a sua qualidade de vida.

**PEDRO QUINTAS**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
Mestre em Enfermagem Comunitária e em Bioética
UCC Pombal

“Slow Nursing – Contributo para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem”

Resumo: O presente artigo pretende refletir sobre como o conceito de *Slow Nursing* poderá contribuir para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem. Neste artigo analisamos os poucos artigos publicados neste âmbito. Concluímos que a filosofia/terminologia *Slow Nursing* pode fornecer novas abordagens para avaliação ou desenvolvimento de ferramentas para uso em pesquisas adicionais, desenvolvimento da teoria e prática clínica de Enfermagem. Também concluímos que o conceito de *Slow Nursing* poderá ser um importante contributo para a humanização dos cuidados de enfermagem, bem como para a satisfação profissional dos próprios enfermeiros.

Palavras-chave: *Slow Nursing*

Objetivos

- Conhecer o conceito de *Slow Nursing*;
- Dar a conhecer os estudos que foram produzidos neste âmbito;
- Refletir sobre como este conceito poderá contribuir para a Humanização dos Cuidados de Saúde e, em particular, para os Cuidados de Enfermagem.

Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura tendo por finalidade identificar o conhecimento existente sobre esta temática. Foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCOhost, através de “texto completo” no título: *Slow Nursing*. A pesquisa foi efetuada para documentos em inglês e em português entre os anos de 2011 e 2021. A pesquisa encontrou na EBSCOhost sete documentos sobre o tema. Destes sete, dois artigos estavam duplicados, visto terem sido publicados em duas revistas diferentes. Um dos artigos não foi incluído porque a publicação não estava acessível. Assim, no final, após aplicação dos critérios de pesquisa, reunimos um conjunto de quatro documentos (dois artigos científicos e dois artigos de opinião publicados em revistas de enfermagem) que se constituíram como

o nosso *corpus* de análise. Para o efeito trabalhamos com os documentos em texto integral. Durante a elaboração deste artigo tivemos a necessidade de consultar mais dois artigos citados nos artigos pesquisados com o intuito de aprofundar alguns conteúdos.



Fonte: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/assistencia-de-enfermagem-e-humanizacao-no-processo-da-morte-e-morrer/>

Resultados

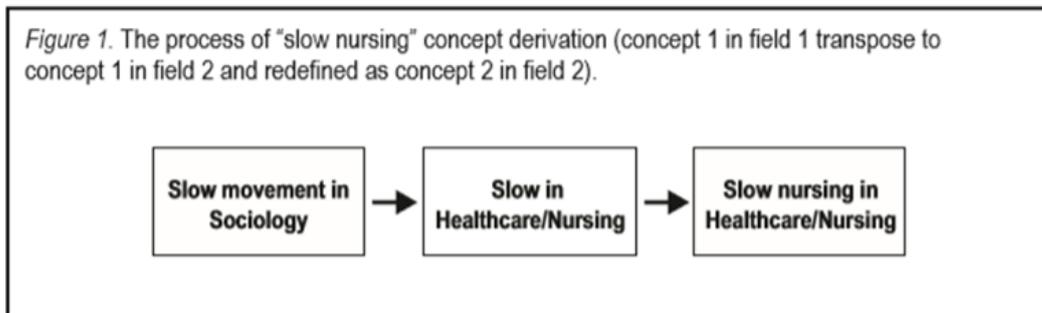
O processo de derivação do conceito *Slow Nursing* surge a partir do domínio da Sociologia (confrontar com a Figura 1) a partir do conceito de *Slow Movement* (Lillekroken, D., 2014). Este é um movimento que propõe uma mudança cultural para a desaceleração da vida quotidiana. A ideia surgiu quando Carlo Petrini realizou um protesto contra a inauguração de um restaurante McDonald's na Piazza di Spagna em Roma, em 1986. Nesse contexto, surgiu o movimento *Slow Food* (Honoré, 2004).

Com o tempo, esse princípio *Slow* foi sendo aplicado a outras áreas, entre elas a saúde e, em particular, pela Medicina e mais recentemente, pela Enfermagem (Lillekroken, D., 2014).

O objetivo da derivação do conceito de *Slow Nursing* foi gerar novas maneiras de pensar e considerar que *Slow Nursing* é uma forma competente e um contributo oportuno para a prática de Enfermagem.

(continuação na página seguinte)

“Slow Nursing – Contributo para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem”



As etapas para realizar a derivação do conceito, conforme descrito pelos autores Walker & Avant (2011), bem como as etapas que foram seguidas, estão resumidas na Tabela 1 (Lillekroken, D., 2014, p. 41).

A produção de artigos com a terminologia *Slow Nursing* ainda é escassa.

A expressão *Slow Nursing* apareceu pela primeira vez num artigo de opinião assinado pela Enfermeira Tessa Bachmann no *The American Journal of Nursing* em 2011, refletindo sobre o seu trabalho com a comunidade a nível dos cuidados de saúde primários numa instituição de saúde da cidade de Nova Iorque (Bachmann, T., 2011).

Mais recentemente o conceito *Slow Nursing* foi desenvolvido pela Enfermeira norueguesa Daniela Lillekroken da Universidade de Agder em 2014 (Lillekroken, D., 2014).

Este primeiro artigo de Lillekroken teve como objetivo apresentar e descrever o processo de desenvolvimento do conceito de *Slow Nursing*. Esta autora refere que até ao momento, uma definição universal do conceito de *Slow Nursing* para os contextos de enfermagem e de saúde, está ausente das pesquisas publicadas no domínio da saúde.

Com base na pesquisa bibliográfica e no objetivo da estratégia de derivação de conceitos, foi sugerida uma definição do conceito de *Slow Nursing*. Assim, em 2015, a Enfermeira Lillekroken mais duas colegas da mesma universidade estudaram o conceito de *Slow Nursing* junto de enfermeiros que prestavam cuidados a pessoas com demência (Lillekroken et al., 2015).

(continuação na página seguinte)

Table 1.
Steps of the “Slow nursing” Concept Derivation Process

Steps described by Walker & Avant (2011)	Data sources	Action	Process
Step 1: becoming familiar with literature related to the topic of interest	Online versions of thesauri, dictionaries and hand searches: CINAHL, ProQuest, Medline, PubMed, BIBSYS	Search term: “slow,” “slowness,” “slow nursing” (Title and Abstracts)	Results from step 1: clustering of uses listed in dictionaries and thesaurus; reviewing abstracts, listing of uses of slow/slowness in abstracts: none uses
Step 2: examining other fields (parent field) where the concept occur	Online versions of thesauri and hand searches: BIBSYS, PsycINFO, ERIK, Food Science Source, Web of Science, Google search engine	Search term: “slow food,” “slow art,” “slow city,” “slow journey,” “slow parenting,” “slow movement” (Books, Articles)	Results from step 2: the same process as above: some/many uses
Step 3: choosing a parent concept from another field	“Slow movement” from Sociology		
Step 4: redefining the concept from the parent field to the field of interest	Using the results from step 1 and step 2 to derive the new concept to another field of interest by summarizing meaning of slow, transferring of uses to healthcare field and creation of the preliminary definition of “slow nursing”		

“Slow Nursing – Contributo para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem”

Do estudo fenomenológico-hermenêutico realizado por Lillekroken *et al.* (2015) foram identificados três grandes temas cuja interpretação global é descrita como *Slow Nursing*. Os três temas identificados são os seguintes: “estar no momento presente”, “fazer uma coisa de cada vez/cada coisa no seu tempo” e “criar alegria e contentamento” (Lillekroken *et al.*, 2015).

Assim, uma interpretação geral desses três temas é descrita pela metáfora *Slow Nursing*, um modelo de cuidados que pode levar a apoiar o “senso de coerência” em pessoas com demência.

Mais recentemente, em 2016, Tonarelli num artigo de opinião recorda que o conceito de *Slow Nursing* é um aspecto crucial da prestação de cuidados de enfermagem com benefícios duradouros para utentes, familiares e profissionais de enfermagem (Tonarelli, L., 2016).

Por último, refletindo sobre o tema *Slow Nursing* relacionado com a formação em enfermagem, Sellmann refere que uma geração de enfermeiros que apenas conhece o caminho da técnica e da tecnologia poderá ter implicações negativas no Processo de Cuidar, quer para utentes quer para profissionais. Assim, a incorporação de ideias *Slow Nursing* poderá ser um contributo importante para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem e para a satisfação profissional dos próprios enfermeiros (Sellmann, D., 2014).

Conclusões

Os escassos artigos produzidos com o conceito *Slow Nursing* parecem estar totalmente de acordo com os princípios “*nigthingerianos*” e da enfermagem contemporânea que sustentam os Cuidados de Enfermagem na Observação, Relação de Ajuda, Comunicação Terapêutica, Escuta Ativa, Personalização, Empatia e Valorização dos valores de cada Pessoa.

Paralelamente, conclui-se que a filosofia/terminologia *Slow Nursing* poderá fornecer novas abordagens para a avaliação e desenvolvimento de ferramentas para uso em pesquisas adicionais e desenvolvimento da teoria e prática clínica de Enfermagem. A *Slow Nursing* como conceito para uso no trabalho clínico pode ser inovador, influenciando positivamente os Cuidados de Enfermagem.

Ainda, na área da formação em enfermagem, alguns estudos alertam para o facto da maioria dos currículos escolares estarem centrados em matérias muito técnicas ou para a valorização da tecnologia, podendo este facto afastar os alunos/futuros profissionais de enfermagem do que é verdadeiramente Cuidar de Um Ser Humano.



Fonte: <https://www.pbs.org/newshour/economy/refocusing-dementia-care>

Por último, concluímos que o conceito de *Slow Nursing* poderá ser um importante contributo para a Humanização dos Cuidados de Saúde e, de Enfermagem em particular, bem como para a satisfação profissional dos próprios enfermeiros.

Nota: Optou-se por manter a expressão original *Slow Nursing* em inglês, por não encontrarmos em português algum artigo científico sobre o tema e pela dificuldade em traduzirmos este conceito para a Língua Portuguesa, pois poderíamos perder o seu verdadeiro sentido, significado e dimensão.

Bibliografia

1. Bachmann, T. (2011). *Slow Nursing*. *The American Journal Of Nursing*, 111(3), 12.
2. Honoré, C., (2004). *In Praise of Slow: How a Worldwide Movement is Challenging the Cult of Speed*. Vintage Canada, Toronto.
3. Lillekroken, D. (2014). *Slow Nursing-The Concept Inventing Process*. *International Journal for Human Caring*, 18(4), 40-44. DOI: 10.20467/1091-5710.18.4.40.
4. Lillekroken D.; Hauge, S. & Slettebø Å. (2015). The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia*, 16 (7), 930-947. DOI:10.1177/1471301215625112
5. Sellman, D. (2014). Does the Slow movement have anything to offer nursing education? *Nurse Education Today*, 34, 1414-1416. DOI:10.1016/j.nedt.2014.08.008.
6. Tonarelli, L. (2016). *Slow nursing' gears you up for success!* *Nurse Aide-VIP*, 28(4), 9.

Estudo longitudinal de literacia em saúde no concelho de Leiria

Bartolomeu Alves³, Maria João Batalha¹, Ana Valentim², Ana Soledade², Cátia Gomes², Estêvão Santos³, Tiago Gabriel³, Rui Passadouro^{1,3}, Sara Dias^{1,4}

¹ ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde, Politécnico de Leiria, PT

² Câmara Municipal de Leiria, PT

³ Unidade de Saúde Pública do ACES Pinhal Litoral, PT

⁴ ESSLei – Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria, PT.



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é considerada “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹. Atualmente, a saúde constitui um eixo essencial de desenvolvimento que cruza e envolve todos os setores de atividade, implicando a disseminação da saúde em todas as políticas e a participação ativa de todos os cidadãos.

Em Portugal a promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido, nas últimas décadas, identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde.

Em 2021, o município de Leiria elaborou a Estratégia Municipal de Saúde, que consiste num documento orientador do desenvolvimento de políticas e estratégias de intervenção do Município na área da Saúde. A elaboração deste documento baseou-se num conjunto de dados provenientes de documentos institucionais, auscultação de *stakeholders* e aplicação de um questionário à população da cidade. Com base nas informações recolhidas, foi elaborada uma análise SWOT que apresentou a Literacia em Saúde como uma das fragilidades do concelho³. Daí surgiu a necessidade de realizar o estudo LISA, onde os cidadãos serão a fonte essencial de informação.

O estudo Lisa é um estudo de coorte que tem como objetivo medir a literacia em saúde na população adulta residente no concelho de Leiria ao longo dos próximos 10 anos. Como objetivos secundários, o estudo visa caracterizar a ansiedade e depressão, risco metabólico, e hábitos de vida, nomeadamente o consumo de álcool, tabaco e a prática de atividade física.

Com o levantamento destes dados obtém-se uma “fotografia” da situação no concelho de Leiria no que se refere à Literacia em Saúde. Consequentemente realizar-se-á uma resposta adequada à situação.

Identificando as necessidades da literacia em saúde na população, será expectável que as intervenções que se originem contemplem alterações ao tipo de informação disponibilizada sobre saúde, nomeadamente uma utilização correta e mais eficiente dos serviços de saúde, melhorando assim a navegabi-

lidade no sistema. Do ponto de vista do utente, este projeto visará a capacitação do mesmo, através de intervenções que visem a promoção e a literacia em saúde. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, permitirá desenvolver planos de intervenção com um foco mais preciso, investindo estratégias inovadoras, que exigirão um enriquecimento de competências por parte dos autores.

O estudo Lisa está a ser desenvolvido e implementado por uma equipa multidisciplinar e interinstitucional: Câmara Municipal de Leiria, ACES Pinhal Litoral, Centro Hospital de Leiria e o Politécnico de Leiria (nomeadamente o ciTechCare e o Laboratório de Investigação em Design e Artes (LIDA)). É um estudo de coorte fechada, longitudinal, prospetivo ao longo dos próximos 10 anos com 5 vagas de recolha de dados. A primeira recolha de dados (*baseline*) será realizada presencialmente porta a porta, com uma rota pré-estabelecida. A população do estudo será composta por adultos (≥ 18 anos) não institucionalizados e residentes em domicílios particulares no concelho de Leiria. Prevê-se o início da primeira recolha de dados para fevereiro de 2023.

A divulgação do estudo é muito importante, bem como a participação de todos!

Mais informações disponíveis em: <https://lisa-leiria.pt/>



A criança com necessidades de saúde especiais - Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na saúde escolar



MARISA SERRA

*Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
Unidade de Cuidados na Comunidade Olhos de Água
Centro de Saúde de Alcanena
ACES Médio Tejo*



Fonte : https://br.freepik.com/fotos-gratis/pais-e-crianca-fazendo-terapia_23440429.htm

Os dados da Organização Mundial de Saúde, estimam que uma em cada cinco crianças apresenta evidências de problema mental¹, embora apenas 1/5 receba o tratamento adequado, é assim necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que trabalham nos cuidados de saúde primários (CSP) tenham o *know-how* para efetivar a devida triagem, avaliação, intervenção e orientação das situações¹. Paralelamente a prevalência de deficiência nas populações situa-se entre os 10% e 16%² e apesar de melhorias claras em relação ao passado, persistem atitudes negativas em relação à deficiência e discriminação que impede um acesso equitativo aos recursos, aos serviços e às oportunidades de desenvolvimento pessoal.

As crianças com deficiência têm o direito a cuidados especiais, isto é, ajustados e adequados à sua condição³.

As crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (NSE) apresentam problemas de saúde que têm impacto na sua funcionalidade, existindo na maioria dos casos, a necessidade de intervenção em meio escolar, tentando mitigar as consequências negativas da sua condição, no processo de aprendizagem e no desenvolvimento individual⁴.

Neste contexto poderá ser necessário elaborar um plano de saúde individual (PSI), que tem como objetivo contribuir para a inclusão escolar e qualidade de vida, reduzindo o impacto dos problemas de saúde, devendo a sua elaboração e execução ser efetuada em estreita articulação entre, família, escola (docentes e não docentes), equipa de saúde escolar e outros elementos relevantes para a criança ou jovem.

A perspetiva de intervenção é enquadrada num paradigma salutogénico de saúde⁴ e visão sistémica com respeito pela cultura e valores da família, promove-se competências pela capacitação, visando aumentar os fatores protetores de saúde da criança enquanto ser biopsicossocial, plena dos seus direitos⁵ e com necessidades próprias. Deve-se considerar que os pais de uma criança/jovem com NSE, estão sujeitos a maiores

desafios e dificuldades, começando no ajuste de expectativas a uma criança diferente daquela que idealizaram. Este processo inerente à existência de uma doença crónica ou condição, influencia o exercício da parentalidade. Os pais sentem muitas dificuldades emocionais no seu dia-a-dia, com sentimentos de preocupação, medo, insegurança, culpa, tristeza, ansiedade, para além da exaustão emocional e física quando confrontados com um diagnóstico inesperado⁶.

A intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nos cuidados de saúde primários (CSP) de forma genérica e principalmente no caso das crianças/ jovens com NSE deve ser diferenciador, nomeadamente em contexto escolar, adotando uma visão holística, de parceria de cuidados⁷, na qual é um tutor e advogado da situação de saúde da criança e seus cuidadores. O envolvimento, a parceria de cuidados, a capacitação, a negociação, a escuta ativa⁸ e a comunicação são ferramentas imprescindíveis entre a família, a escola e a comunidade⁹.

Neste contexto, gostaria de destacar dez pontos que considero essenciais para o acompanhamento e intervenção efetiva que conduzam a ganhos em saúde na criança/ jovem com NSE:

1. O estabelecimento de parceiras e pontes de comunicação entre todos as pessoas de referência para a criança nos diversos contextos em que está inserida;

(continuação na página seguinte)

A criança com necessidades de saúde especiais (NSE)

Papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na saúde escolar

2. A relação empática é a chave para uma intervenção verdadeiramente humanista e individualizada que proporciona as condições necessárias para a promoção da saúde⁸.
3. A colheita de dados deve funcionar como uma mapa que inclui todos os aspetos significativos da rotina da criança e reações emocionais nessas rotinas; dinâmica familiar, informações sobre a história pessoal e familiar, incluindo o genograma e ecomapa, fatores de risco, fatores protetores, avaliar sinais de alarme¹⁰, como perturbações da relação da criança com o outro¹⁰, o diagnóstico clínico, acompanhamento e impacto deste na família, as estratégias ou barreiras já desenvolvidas, o acompanhamento escolar e o tipo de vínculo da criança com os seus pais/cuidadores. Este último dado é de extrema importância dado que a qualidade de interação e afeto que a família desenvolve com a criança desde o nascimento, influencia a sua visão do mundo de interação com o outro e consequentemente no seu processo de adaptação à sua situação de saúde¹.
4. Intervenção o mais precocemente possível, aumenta a possibilidade de reduzir uma situação de alteração de bem-estar e de desenvolvimento da criança e do jovem. Todas as preocupações dos pais são para valorizar¹¹.
5. Valorizar todas as referências sobre uma preocupação na criança/ jovem, seja dos pais, da escola, da equipa de saúde, etc., porque pode significar “a ponta do iceberg” de um problema que está a interferir na qualidade de vida da criança. Por vezes, a referência surge após várias tentativas falhadas para a resolução de um problema, por isso, devemos considerar que a situação já se arrasta no tempo;
6. O foco da intervenção é o bem-estar da criança/ jovem, então o enfermeiro especialista deverá questionar-se em todo o processo de acompanhamento sobre quais são as causas que levam à alteração do bem-estar. As intervenções deverão ter sempre por base o bem-estar da criança. Considerar que há situações de vida que deixam as famílias desconfortáveis e que por isso, não são logo apontadas pela própria como sendo um problema, por exemplo, dificuldades económicas ou outras;
7. Ter o consentimento dos responsáveis legais da criança/ jovem desde o início da referência e acompanhamento;
8. Auscultar todas as pessoas significativas na vida da criança, como, pais, professores, equipa de saúde, Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), de entre outras;
9. Promover o envolvimento de todos, desde a própria criança, os pais, os professores, titulares, de apoio, não docentes, familiares. Sendo que a intervenção pode ocorrer para além da escola, também no domicílio, instituições de saúde, CATL, etc;
10. Supervisionar e reajustar o plano de intervenção⁷, conforme surgem mudanças na vida da criança e sua família. O PSI deve ser reavaliado pelo menos uma vez durante ano letivo.

Bibliografia

1. Marques, Cepêda, Barrias, P. Correia, Goldschmit, e Marques, Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários: recomendações para a prática clínica. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.
2. E. Sarton e M. Smith, «Série Textos de Reflexão UNICEF: Inclusão da Deficiência: O desafio da inclusão das crianças com deficiência experiências de aplicação na África Oriental e Austral», UNICEF, 2018. Acedido: Nov. 18, 2022 Disponível: <https://www.unicef.org/esa/media/6846/file/EducationThinkPieces-7-DisabilityInclusion-PT.pdf>
3. Organização das Nações Unidas (ONU), «A Convenção sobre os Direitos da Criança», 1989. Acedido: Nov. 18, 2022. Disponível: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
4. Direção-Geral da Saúde, «Norma 15/2015 - Programa Nacional de Saúde Escolar», 2015. Acedido: Nov. 19, 2022. Disponível: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
5. C. Cable, «Parcerias, Advocacia e Comunicação para a Mudança Social - Brochura Técnica Auxiliar», UNICEF, 2014. Acedido: Nov. 18, 2022. Disponível: <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/Booklet%207%20-%20Portuguese.pdf>
6. J. P. Alves e L. H. R. Costa, «Mães que cuidam de filho (a)s com necessidades especiais na perspectiva de gênero», Revista Gestão & Saúde, vol. 5, n. 3, pp. 796-796-807, 2017, Acedido: Nov. 19, 2022. Disponível: <https://doaj.org/article/c5c44cfc365b460bb8dc3f3ea971e68a>
7. A. Casey, «Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.», 1995. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x.
8. Ordem dos Enfermeiros, «Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem», Ordem dos Enfermeiros, 2011. Acedido: Nov. 18, 2022. Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
9. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, «Parecer no 113/2022 Apoio a Crianças com necessidades de saúde e educativas especiais nas escolas», Ordem dos Enfermeiros, 2022. Acedido: Nov. 18, 2022. Disponível: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25466/parecer-n%C2%BA-133_crian%C3%A7a_necessidade_especial_anonimizado.pdf
10. Direção-Geral da Saúde, «MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS GUIA PRÁTICO DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO», Direção-Geral da Saúde Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida, 2011. Acedido: Nov. 18, 2022. Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao-pdf.aspx>
11. Direção-Geral da Saúde, «Norma 10/2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil», Direção-Geral da Saúde, 2013. Acedido: Nov. 19, 2022. Disponível: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf

**DULCE FONSECA**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

Unidade de saúde Pública Pinhal Litoral

Investigador Colaborador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

**MAFALDA SANTOS**

Enfermeira¹

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Flor do Liz

**LÍDIA SILVA**

Enfermeira¹

Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Diabetes Mellitus Tipo 1 - Capacitação dos agentes educativos

Introdução

A Diabetes Mellitus Tipo1 (DM1) é uma doença crónica que pode afetar pessoas em qualquer idade, contudo desenvolve-se mais em crianças ou adolescentes¹. Segundo a *International Diabetes Federation* (2021), mais de 1,2 milhões de crianças e adolescentes (0-19 anos) viviam com DM1. Como a DM1 é uma das doenças crónicas mais prevalentes em contexto escolar, e a permanência da criança/adolescente na escola abrange um período alargado do dia, as recomendações internacionais e nacionais orientam para que seja garantida a gestão adequada da DM1 em contexto escolar².

Assim, os agentes educativos (docentes e não docentes) assumem um papel relevante na identificação de situações adversas e consequente atuação em incidentes relacionados com o estado de saúde destas crianças/adolescentes².

Neste contexto, em outubro de 2015, foi assinado um Protocolo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Centro, através do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL), o Centro Hospitalar de Leiria e o Instituto Politécnico de Leiria (através da sua Unidade de Investigação em Saúde), com o objetivo de desenvolver o *Projeto Dare+* (Diabetes: + apoio pelos responsáveis escolares).

No âmbito deste projeto, cabe aos profissionais do ACES PL que realizam Saúde Escolar dar formação específica aos agentes educativos com o objetivo de promover a sua capacitação na intervenção à criança/adolescente com DM1. Neste âmbito,

¹ Alunos do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Leiria (IPL)



to, serão apresentados os dados da aplicação do *Projeto Dare+* numa Escola EB 2,3, do concelho de Leiria.

Material e métodos

Estudo quantitativo, transversal e observacional. A amostra foi constituída por 17 agentes educativos. A metodologia utilizada foi a do Planeamento em Saúde. Para determinar o Diagnóstico de Situação foi utilizado um questionário³. Quanto às Estratégias de Intervenção, foram realizadas Sessões de Educação para a Saúde (SES), seguindo o Plano de Formação para a comunidade escolar descrito na Orientação da DGS Nº 006/2016⁴, de 23/11, com o título: “Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola”. Para avaliar a aquisição de conhecimentos foi aplicado o mesmo questionário utilizado no Diagnóstico de Situação³.

(continuação na página seguinte)

Diabetes Mellitus Tipo 1 - Capacitação dos agentes educativos

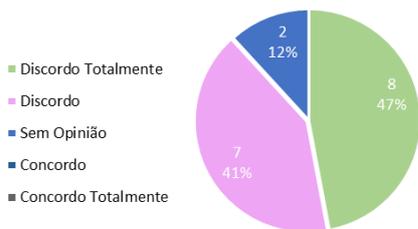


Resultados

Quanto aos dados sociodemográficos, a amostra era constituída por 17 agentes educativos, 14 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Relativamente à idade verificou-se que a idade mínima foi de 40 anos e a máxima de 65 anos, sendo a idade média de 52 anos. Quanto à profissão, 10 eram não docentes e 7 eram docentes.

Relativamente ao Diagnóstico da Situação: 62,5% (10) da amostra já tinha contactado com crianças/adolescentes com DM1, no entanto apenas 11,8% (2) tinha dado apoio direto. Quanto aos conhecimentos sobre a DM1, 88% (15) da amostra refere não estar bem informado (Gráfico 1).

Gráfico 1: Sente-se bem informado/a sobre a DM1?



No que concerne à identificação e tratamento de uma Hipoglicemia num aluno com DM1, apenas 12% (2) da amostra *Concorda* que consegue identificar e tratar essa situação (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 2: Sente que pode identificar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?

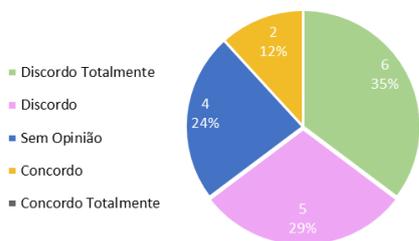
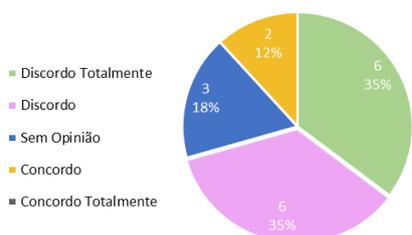
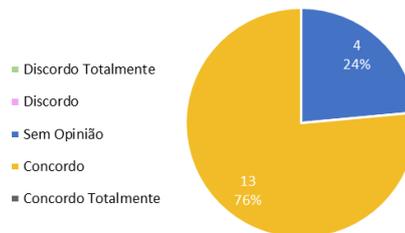


Gráfico 3: Sente que sabe tratar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?



Após a realização das Sessões de Educação para a Saúde, foi novamente aplicado o questionário para avaliar a aquisição de conhecimentos sobre a DM1. 71% (12) da amostra concorda em estar bem informado; 76% (13) concorda que pode identificar uma hipoglicemia num aluno com DM1 e 76% (13) concorda que sabe tratar uma hipoglicemia num aluno com DM1 (Gráfico 4).

Gráfico 4: Sente que sabe tratar uma Hipoglicemia num aluno com DM1?



Conclusão

O Diagnóstico de Situação evidenciou-nos que os conhecimentos relativos à DM1 apresentados pelos agentes educativos eram reduzidos. Foram realizadas SES, com o objetivo de promover a capacitação dos agentes educativos, na intervenção à criança/adolescente com DM1. Na avaliação das intervenções, verificámos que o objetivo foi alcançado, uma vez que 71% (12) da amostra concordou ter ficado bem informado sobre a DM1; 76% (13) concordou que poderia identificar uma Hipoglicemia e 76% (13) concordou que saberia tratar uma Hipoglicemia, num aluno com DM1.

A capacitação dos agentes educativos, no que respeita à DM1, é crucial para que os alunos com DM1 e os seus cuidadores tenham confiança nos agentes educativos e sintam que o ambiente escolar é seguro.

Bibliografia

- International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf.
- Feitor et al (2020). *Empowerment comunitário em saúde escolar – adolescente com diabetes mellitus tipo 1*. Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 364-373.
- Menino, E. (2013). *Gestão da diabetes em contexto escolar*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado: Disponível em: file:///C:/Users/14246/Downloads/Relat%C3%B3rio_Eva_Menino_vers%C3%A3o%20tese.pdf
- Orientação da DGS Nº 006/2016 (2016). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*. Lisboa: DGS. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf



CHRIS BRANQUINHO

*Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica
Mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica
Instrutora INEM de SBV DAE
Centro Hospitalar de Leiria, EPE*

A importância do ensino de Suporte Básico de Vida nas comunidades escolares

O conhecimento em Suporte Básico de Vida (SBV) é um ato de solidariedade, de responsabilidade social e de consciência cívica que se inscreve nos direitos e deveres de cidadania¹. Por este motivo, acredita-se que é extremamente necessário formar os cidadãos para que estes adquiram conhecimentos básicos de atuação nestas áreas.

A paragem cardíaca súbita é uma importante causa de morte na Europa e nos Estados Unidos². Na Europa afeta cerca de 700.000 indivíduos por ano¹. Atingindo 3 a 4 minutos de hipoxia, as lesões cerebrais começam a surgir.

É desejável a promoção de programas de formação e informação para a população, em SBV e primeiros socorros, para tornar mais viável o trabalho das equipas de suporte imediato e avançado de vida³, pois a chegada ao local de um meio de socorro pode demorar 6 minutos⁴.

Qualquer pessoa pode aprender a socorrer. Até uma criança pode aprender gestos simples que salvam⁵. Contudo verifica-se que a população leiga possui conhecimentos insuficientes sobre SBV⁶ sendo essa uma grande lacuna e uma das principais causas da quebra no 2º elo da cadeia de sobrevivência.

O Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem

como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação⁽⁴⁾.

O ideal seria que todos os cidadãos tivessem conhecimento em SBV, tanto os profissionais de saúde como os leigos⁸. Em relação ao ensino para os leigos, a escola é um bom local para a introdução do ensino em SBV porque perto de 100% da população passa pelo sistema de ensino¹.

Desta forma, o ensino precoce de SBV pode lançar as bases para um senso de obrigação social nesta temática e reforçar a importância do conhecimento nesta área para atuar em situações de emergência. Concluo que, ao ensinar gerações de crianças na escola, teríamos um enorme número de cidadãos capazes de intervir numa Paragem Cárdiorrespiratória (PCR) fora do hospital, podendo aumentar o número de vidas salvas. É de extrema importância lembrar que qualquer cidadão deve estar preparado para atuar, pois a PCR pode ocorrer em qualquer local, a qualquer hora e em qualquer circunstância.

(continuação na página seguinte)



Fonte: <https://www.inem.pt/2017/05/30/cadeia-de-sobrevivencia-2/>

A importância do ensino de Suporte Básico de Vida nas comunidades escolares

Em Portugal apenas a 15 março de 2013 e segundo a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013, a Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que: “Introduza nas escolas nacionais, no início do ano letivo de 2013 -2014, uma formação de frequência obrigatória dirigida aos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e com uma duração total de seis a oito horas” denominada de SBV. Esta recomendação vai ao encontro daquilo que outros países já defenderam anteriormente, começando a formação obrigatória pelas escolas. Em relação ao formador para ministrar estas formações, as escolas serão livres de escolher, desde que as instituições escolhidas sejam tuteladas pelo INEM.

Em 2014 realizei um estudo de investigação na Comunidade Escolar com uma amostra de 951 alunos. Nessa amostra, 9,9% da amostra tem formação em SBV. Estes dados são preocupantes e significam que 90,1% da nossa amostra não saberia atuar perante uma situação destas e que ainda não foi cumprida cabalmente a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição que entrava em vigor no ano letivo 2013- 2014.



Fonte: <https://www.narayanahealth.org/blog/understanding-the-heart/>

A principal razão evocada para a necessidade de formação em SBV da amostra foi a questão da cidadania. Este resultado mostra-nos que saber os primeiros passos a ter em conta face a uma PCR é um compromisso civil que salva-vidas ⁷.



Fonte: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Forma%C3%A7%C3%A3o-em-SBV-DAE-no-ACES-AC.aspx?PageID=1705>

A comunidade escolar no seu geral reconhece competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV, colocando-o em primeira ordem, seguido do Médico e do Bombeiro. Preferencialmente a formação em SBV deve ser feita por um profissional de Saúde e não por professores do ensino ⁹.

Sabemos que existe muito caminho a percorrer. Caminho esse que nós profissionais podemos fazer. Aumentar a Literacia em Saúde é um ganho gigante para todos nós enquanto profissionais e cidadãos.

E tu? Já aprendeste a salvar uma vida?

Bibliografia

1. International Liaison Committee on Resuscitation. (2005). Part 1: introduction. *Resuscitation*, 67(2), 181-186.
2. Jones, C. M., Owen, A., Thorne, C. J., & Hulme, J. (2012). Comparison of the quality of basic life support provided by rescuers trained using the 2005 or 2010 ERC guidelines. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 20(1), 53.
3. Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115-124.
4. Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e DAE (1ª ed.)*. Lisboa: INEM.
5. Bonito, J. (2002). A Formação em Primeiros Socorros de Auxiliares de Acção Educativa: uma experiência em Évora. *Actas do II Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde*. Beja: Politécnico de Beja.
6. Pergola, A. & Araújo, I. (2009). O leigo e o suporte básico de vida. *Revista Escolar Enfermagem USP*, 43 (2), 335-342.
7. Rodrigues, V. (2009). *Conhecimentos da População do Conselho de Monção sobre Suporte Básico de Vida*. Monografia de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
8. López-Messa, J., Martín-Hernández, H., Pérez-Vela, J., Molina-Latorre, R. & Herrero-Ansola, P. (2011). Novelities in resuscitation training methods. *Medicina Intensiva*, 35 (7), 433-441.
9. Petric, J., Mali ki, M., Markovi, D. & Meštrovi, J. (2013). Students' and parents' attitudes toward basic life support training in primary schools. *Medical education*, 54, 376-380. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760662/>

**CARLOS PINTO**

*Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária
Unidade de Cuidados na Comunidade CUIDAR
ARS Norte - ACES Porto Ocidental*

O contributo da Enfermagem na educação para os afetos e para a sexualidade em meio escolar

A 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que teve lugar em Ottawa, Canadá, em 1986, veio potenciar uma mudança de paradigma na intervenção em saúde escolar, com o reconhecimento de que a saúde é o produto da experiência de vida dos indivíduos, resultante do seu dia a dia, dos contextos em que se vive e se move, das escolhas que se fazem e das decisões que se tomam. Desta relação entre as pessoas e o meio ambiente nasce o seu padrão de saúde, da família, da escola e da comunidade (DGS, 2015).

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras da Saúde e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015). É longo o período que as crianças e os jovens passam na escola ao longo das suas vidas e, como tal, este é um contexto fortemente importante pela aquisição de conhecimentos e hábitos que influenciam e determinam as suas escolhas e consequentemente o seu estado de saúde, sendo por isso este um alvo importante de intervenção dos enfermeiros.

Segundo a UNESCO (2010), vários estudos realizados demonstram que programas de educação para a sexualidade efetivos podem ter um impacto relevante e significativo na:

- Redução de informações erradas e potenciar o aumento de conhecimentos corretos;
- Promoção e fortalecimento de valores e atitudes positivas;
- Aumento de competências para tomar decisões informadas e responsáveis;
- Melhoria das perceções sobre grupos de pares e normas sociais;
- Incentivo da comunicação com pais ou outros adultos de confiança.



Fonte: <http://creativemagazine.pl/milosna-komercja,1576>

Em Portugal, na Lei n.º 60 de 6 de agosto de 2009 estão definidas, no seu artigo 2º, as finalidades da educação sexual e, por sua vez, na Portaria n.º 196-A de 9 de abril de 2010, estão descritos os conteúdos curriculares que devem ser abordados em cada nível de ensino, desde o primeiro ciclo ao ensino secundário.

(continuação na página seguinte)

O contributo da Enfermagem na educação para os afetos e para a sexualidade em meio escolar

A educação sexual no contexto escolar deve ser assegurada por profissionais qualificados, garantindo-se os princípios éticos e o pluralismo moral que o tema encerra em si mesmo, salvaguardando o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.

Quando falamos de sexualidade, temos de a reconhecer como fonte de prazer e comunicação, como fator de realização pessoal e das relações interpessoais, valorizar as diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida, reconhecer a importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade, reconhecer que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual (Marques e Prazeres, 2000).

A ausência de informação, as crenças associadas à sexualidade, os constrangimentos que muitos jovens sentem em falar do assunto, a informação desadequada a que muitas vezes acedem através da internet, a ausência de um acompanhamento adequado por parte da família, da escola e da sociedade e a aceitação ou não pelos seus pares, poderão ser cruciais para a não-aceitação da sua sexualidade ou para o aparecimento de dilemas na constituição da sua identidade e orientação sexual.

No que diz respeito à intervenção dos enfermeiros no âmbito da educação para os afetos e para a sexualidade na escola, particularmente com alunos do 3º ciclo e ensino secundário, os principais focos de atenção devem centrar-se no *processo de tomada de decisão* e na *suscetibilidade à infeção*, com a avaliação dos conhecimentos, dos comportamentos e das crenças associados a este domínio.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, com as competências que lhe estão atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros, é o profissional que melhor pode garantir a gestão de programas e projetos, empoderando a comunidade escolar como um todo, envolvendo alunos, docentes, não docentes, encarregados de educação e até parceiros comunitários. Permite ainda garantir a aplicação plena do planeamento em saúde agilizando a efetiva mobilização dos recursos necessários, de acordo com as necessidades detetadas, para a sustentabilidade de projetos de educação para os afetos e sexualidade nas escolas.

Bibliografia

1. Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa. URL <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
2. Marques A. & Prazeres V. (coords.) (2000). Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde
3. República Portuguesa. Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. Diário da República, 1ª série, nº 151 de 6 de agosto de 2009
4. República Portuguesa. Portaria 196- A/2010 de 9 de abril. Diário da República, 1ª série, nº 69, 1º Suplemento.



Fonte: <https://addons.opera.com/pt/wallpapers/details/sunset-flower/>



Os desafios do desenvolvimento sustentável — dos indicadores à criação de valor e prosperidade económica nas organizações

HELDER CARREIRA

*Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária
Comissão de Qualidade e Segurança do ACES Pinhal Litoral*

O conceito "sustentável" tem origem no latim *"sustentare"*, significando sustentar, defender, favorecer, apoiar, conservar e cuidar. Refer-se à característica ou condição de um processo ou de um sistema, que permite a sua permanência, em certo nível, por um determinado prazo ⁹.

Recentemente, o conceito "sustentável" tornou-se um princípio segundo o qual, o uso dos recursos naturais para a satisfação de necessidades presentes não pode comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras ⁴. Por outras palavras, a sustentabilidade também pode ser definida como a capacidade de o ser humano interagir com o mundo, preservando o meio ambiente para não comprometer os recursos naturais das novas gerações ⁵.

Trata-se de um conceito complexo que envolve um conjunto de variáveis interdependentes, ao nível social, ambiental e económico, na qual uma intervenção sustentável é ecologica-

mente correta, economicamente viável, socialmente justa e culturalmente diversa.

Enquanto prioridade assumida pelas Nações Unidas, os dezasseis objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) plasmados na Agenda 2030 (Fig. nº1), surgem dos anteriores objetivos do desenvolvimento do milénio que estiveram em vigor entre 2000 e 2015 ¹¹.

Atualmente os ODS são entendidos como a visão comum para a Humanidade e um contrato social entre os diversos líderes mundiais e os povos; representam, uma lista de ações a serem cumpridas em nome de todos e do planeta, para alcance do sucesso (Ban Ki-moon em Business Council for Sustainable Development, 2022).

Estes objetivos globais assumidos pelos 193 países das Nações Unidas, representam um apelo urgente à ação de todos os países e têm como ambição "não deixar ninguém para trás" (continuação na página seguinte)



Fig. nº1: Objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 (ONU)

Fonte: <https://ods.pt/ods/>

(Business Council for Sustainable Development, 2022)

Os desafios do desenvolvimento sustentável — dos indicadores à criação de valor e prosperidade económica nas organizações

trás”, através do estabelecimento de uma linguagem comum para todos os “*stakeholders*”, fixando metas de sustentabilidade, com foco em áreas críticas para a humanidade, e estruturam-se em torno de cinco princípios: planeta, pessoas, prosperidade, paz e parcerias. Como exemplo, a erradicação da pobreza e outras privações devem ser acompanhadas de estratégias que melhorem a saúde e a educação, reduzam a desigualdade e estimulem o crescimento económico – ao mesmo tempo que combatem as alterações climáticas e preservam os ecossistemas⁵.

Normalmente o conceito de “sustentabilidade” está associado a questões relacionadas ao meio ambiente, contudo, quando aplicado no meio organizacional, designa-se de “sustentabilidade organizacional”^{1,7}.

A sustentabilidade organizacional está relacionada com o crescimento da empresa a longo prazo, levando em conta a preservação do meio ambiente, da sociedade em que ela está inserida e o bem-estar das pessoas que fazem parte dela, trazendo-se em vantagem competitiva. Neste contexto, para que uma empresa seja considerada sustentável ambiental e socialmente, deve adotar atitudes éticas, práticas que visem seu crescimento económico, sem agredir o meio ambiente e colaborar para o desenvolvimento da sociedade^{2,7}.

Uma “gestão sustentável” é a capacidade para dirigir o curso de uma empresa, comunidade ou país, através de processos que valorizam e recuperam todas as formas de capital, humano, natural e financeiro. Para o cumprimento desta premissa, é fundamental a existência de indicadores enquanto elementos/ferramentas com a finalidade de mostrar ou evidenciar o desempenho de processos durante um período e/ou impondo ações. Estes, são guias eficientes e seguros para análises profundas de diferentes cenários, permitindo um olhar abrangente, técnico e comparativo da nossa realidade. A partir deles, podem ser criados processos sistemáticos para aperfeiçoamento de resultados através de uma tomada de decisões seguras, baseadas na leitura mais correta do contexto analisado⁸.

Criado por John Elkington em 1994, o conceito de “*Triple Bottom Line*” (Tripé da Sustentabilidade), prioriza a expansão de um novo modelo de negócio baseado em ações sustentáveis, considerando o desempenho ambiental e financeiro como indicadores de sucesso de uma organização. Os fatores económicos, sociais e ambientais - vistos como incompatíveis - são perfeitamente complementares e estão diretamente interligados^{6,10}.

O tripé da sustentabilidade, também conhecido como os 3P’s da Sustentabilidade, incorpora a visão ecológica das organizações com base em três princípios: “*People*” (Pessoas), “*Planet*” (Planeta) e “*Profit*” (Lucro)^{7,10}.



Fig. nº2: Tripé da sustentabilidade

Fonte: <https://medium.com/@Anaiska/contribute-to-a-better-world-be-a-successful-company-sustainability-in-a-shared-economy-startup-50cc72f2e37b>

Enquadrado na variável “*People*”, os colaboradores são o ativo mais importante das organizações pelo que é vital cuidar da cultura organizacional. O tratamento que a equipa recebe e as condições de trabalho são os principais aspetos que devem ser priorizados pelas organizações sustentáveis, desde o respeito e cumprimento das normas de trabalho vigentes à qualidade do clima organizacional. Ao nível do Planeta, os impactos que as atividades da empresa geram no meio ambiente e quais as medidas tomadas para evitar ou abrandar os riscos dessa interferência, são aspetos a ter em conta. A ação poderá passar por novas medidas de fabricação, outros materiais ou equipamentos que não poluem, usando as potencialidades das novas tecnologias para tornar as indústrias menos danosas ao ecossistema. Relativamente ao lucro, adotar medidas em prol dos colaboradores e do planeta resultam em saldo positivo. O investimento na equipa e a incorporação de ações sustentáveis, melhora a produtividade, competitividade e resultados. A própria visão a longo prazo, “*sweet spot*”, no qual os clientes percebem a responsabilidade sustentável da organização e veem valor agregado no seu serviço, leva a uma relação de parceria duradoura e identificação entre os interesses dos “*stakeholders*” e da organização^{3,7,10}.

(continuação na página seguinte)

Os desafios do desenvolvimento sustentável — dos indicadores à criação de valor e prosperidade económica nas organizações

Inerente à evolução, o próprio conceito de 3P's assumiu uma nova configuração – 5P's, com a inclusão da importância das parcerias e da paz, enquanto pilares fundamentais com ênfase em parcerias globais robustas e a promoção de sociedade pacíficas, justas e inclusivas, respetivamente (Fig. nº3).



Fig. nº3: 5 P's da sustentabilidade

Fonte: <http://www.lassu.usp.br/sustentabilidade/objetivos-do-desenvolvimento-sustentavel/>

Associado aos pilares, a sustentabilidade de uma organização relaciona-se com ações em diversas dimensões: ambiental, económica e social, que se refletem na melhoria dos resultados financeiros, traduzindo-se em negócio saudável^{1,2,10}.

A dimensão ambiental, entendida como ambientalmente responsável, é asseverada através do cumprimento de normas externas (legislação ambiental), redução de desperdícios, valorização da eficiência energética e de água, ou a redução da produção de resíduos e concretização da reciclagem. A dimensão económica, ou seja, financeiramente viável, relaciona-se com o fluxo de caixa saudável, pagamentos nos prazos estabelecidos, baixo endividamento, procura de crescimento e lucratividade, ser consistente e dar retorno a todos os “stakeholders”, bem como, controlo e gestão de riscos. Ser socialmente correta, refere-se à dimensão social, garantida através de salários justos e boas condições de trabalho, atividades com ética e respeito ao próximo (respeito pela diversidade), cumprimento do código do trabalho, contribuição para a comunidade, políticas de bom atendimento e cumprimento de prazos e acordos^{1,2,10}.

Uma organização sustentável é mais do que um *status*, significa conquistar o respeito dos seus consumidores e parceiros. O alinhamento das diferentes dimensões e atividades arroladas às mesmas, conduz à criação de valor e prosperidade económica, pela disponibilidade dos bens e serviços, que pela sua eficiência, leva à produção de novos produtos e ofertas desejadas pelos clientes, reduzindo também os custos e melhorando a eficiência produtiva. Quanto mais valor a empresa cria para o cliente, maior são as possibilidades de os clientes entenderem os seus produtos e serviços, face à concorrência, acrescido, que o aumento de valor que a empresa cria para ela, conduzirá a melhor performance financeira, ou seja, maior lucro^{2,3} (Fig. nº4).



Fig. nº 4: Criação de valor nas organizações

Fonte: <https://insights.som.yale.edu/insights/is-making-an-impact-the-path-to-profit>

A utilização dos pilares da sustentabilidade, materializado através dos 3P's e/ou 5P's, conduz a benefícios das organizações ao nível da redução de custos, economia de materiais, diversidade de produtos, geração de receita, marketing, clima organizacional, inovação, alta qualidade e conformidade com a lei vigente⁶.

Cruzando os desafios dos ODS com os pilares e as dimensões da sustentabilidade organizacional, a concretização de uma organização sustentável passa por inúmeros desafios, nomeadamente¹¹:

1. Começar pela direção

Cultura da organização precisa de uma abordagem top-down (de cima para baixo) devendo os gestores ser os primeiros a “vestir a camisola da sustentabilidade”;

2. Influenciar a equipa

Após a compreensão da importância do desenvolvimento sustentável, os gestores têm a missão de envolver a equipa, influenciar os colaboradores e tornarem essa consciência parte da cultura da organização;

(continuação na página seguinte)

Os desafios do desenvolvimento sustentável — dos indicadores à criação de valor e prosperidade económica nas organizações

3. Apoiar a sustentabilidade

Há um período de transição até ao alcance de um alto nível de consciência ambiental, sendo vital o apoio para não haver desistências. É fundamental estabelecer uma equipa responsável por desenvolver ações e acompanhar o desempenho da organização neste desafio;

4. Diagnóstico da sustentabilidade

Levantamento das atividades e atuação face à sustentabilidade para identificação das oportunidades de melhoria, dificuldades e ações já implementadas que merecem ser valorizadas;

5. Definição de prioridades

Após a identificação do que precisa de ser melhorado, estabelecer prioridades, classificando os aspetos mais urgentes, que envolvem diretamente os “*stakeholders*”, para melhorar as parcerias e própria gestão interna;

6. Escolha dos desafios

Para o plano de desenvolvimento sustentável é vital estabelecer metas, com base nos ODS. Onde a organização pretende chegar?;

7. Usar indicadores

Analisar indicadores para avaliação do processo. Envolver a equipa responsável pelo desempenho sustentável, a partir das metas estabelecidas, apresentado os melhores indicadores e resultados de todos os serviços;

8. Clareza de princípios

Compilação dos valores sustentáveis da organização num documento objetivo, claro e de fácil acesso para todos. Oficializar a política de sustentabilidade e divulgar pelos “*stakeholders*”;

9. Uso de software de gestão

Alinhar as metas e ações da organização com o sistema de gestão. Registrar e fazer o acompanhamento pelo software de gestão corporativo;

10. Transparência

É fundamental ser transparente com a equipa e “*stakeholders*” sobre todo o processo de sustentabilidade organizacional: dificuldades e sucessos. Esta atuação fortalece a relação de confiança entre todos.

Em síntese, o desenvolvimento sustentável é fundamental para as organizações, pois além de respeitar o meio ambiente, possui a capacidade de mudar de maneira positiva a imagem de uma empresa junto aos clientes. Envolve atitu-



Fonte: <https://www.evolutionplasticos.com.br/blog/reciclagem/sustentabilidade-empresarial-7-praticas-certeiras-de-empresas-sustentaveis/>

des de respeito genuíno pelos clientes, à natureza e aos colaboradores da organização.

A prática da sustentabilidade tem por intuito desenvolver para os negócios soluções inovadoras, agrupando a redução de riscos e custos e, ao mesmo tempo, reduzir impactos ambientais e sociais, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade de processos, nas diversas dimensões, para o presente e para o futuro.

Bibliografia

- Amora, J. (2021). Como garantir o Desenvolvimento Sustentável nas empresas?. Disponível em: <https://vgriscollegal.com.br/blog/desenvolvimento-sustentavel-nas-empresas/>.
- Ambscience (2022). Desenvolvimento sustentável: como se aplica ao cenário organizacional?. Disponível em: <https://ambscience.com/desenvolvimento-sustentavel/>.
- Anpei (2019). Como garantir o desenvolvimento sustentável nas empresas?. Disponível em: <https://anpei.org.br/desenvolvimento-sustentavel-nas-empresas-como-garantir/>.
- Brundtland, Gro Harlem (1991). Nosso futuro comum: comissão mundial sobre meio ambiente e desenvolvimento. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Business Council for Sustainable Development (BCSD) (2022). Objetivos do desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://ods.pt/ods/>.
- Louzada, P. (2020). Organizações Sustentáveis: Veja como liderá-las!. Disponível em: <https://www.fm2s.com.br/organizacaoes-sustentaveis-veja-como-lidera-las/>.
- Marques, M. (2017). Sustentabilidade organizacional: conheça seu significado. Disponível em: <http://marcusmarques.com.br/pequenas-e-medias-empresas-sustentabilidade-organizacional-conheca-seu-significado>.
- Sambuichi, R. (2019). "Indicadores de Sustentabilidade", Seminário Internacional Oportunidades de Negócios para uma Economia Rural Sustentável. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em: <https://pt.slideshare.net/ipcig/indicadores-de-sustentabilidade-147193322>.
- Sustentável (2022). O que é Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://www.significados.com.br/desenvolvimento-sustentavel/>.
- Tecnicon (2021). O que é o Tripé da Sustentabilidade e como abordar o tema na empresa. Disponível em: https://www.tecnicon.com.br/blog/309-O_que_e_o_Tripe_da_Sustentabilidade_e_como_abordar_o_tema_na_empresa.
- Vasconcelos, V. (2019). Indicadores de desenvolvimento sustentável. Universidade Federal do ABC. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/amfeadan/indicadores-de-desenvolvimento-sustentavel>.

Higienização das Unidades de Saúde do ACES Pinhal Litoral

Rui Passadouro, Anabela Sousa, Helena Costa, Isabel Craveiro, Tiago Gabriel, Bartolomeu Alves, Paulo Coelho, Beatriz Jardim *

* *Profissionais da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos do ACES Pinhal Litoral*



Fonte: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/>

Sendo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) um dos programas prioritários da Direção Geral da Saúde (DGS), a Unidade Local do PPCIRA do ACES Pinhal Litoral (UL PPCIRA) tem vindo a uniformizar as normas e procedimentos de higienização aplicadas nas suas unidades de saúde, tendo em vista o controle das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde.

Uma adequada limpeza e desinfeção das instalações e equipamentos é crucial para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em utentes e profissionais e minimizar a gradual deterioração dos equipamentos. A limpeza permite a remoção de sujidade de matéria orgânica e inorgânica com uma eficácia de 80% de eliminação de microrganismos. A desinfeção destrói a maioria dos microrganismos patogénicos sendo a sua eficácia de 90 a 99% na sua remoção.

Os profissionais que realizam a higienização nas unidades de saúde devem identificar o nível de risco de contaminação de cada área funcional e terem em conta a sua classificação (crítica, semi-crítica e não crítica) aplicando os respetivos planos de higienização. Nos diferentes tipos de limpeza (seca ou húmida) e de acordo com a sua frequência (imediata, corrente ou global) são necessários diversos tipos de material, destacando-se o duplo balde e os panos a utilizar codificados por cores: vermelho (sanitas e urinóis), amarelo (zonas clínicas), azul (zonas administrativas) e verde (copas e refeitórios).

As áreas muito sujas devem ser higienizadas, no mínimo, duas vezes ao dia e as áreas sujas uma vez por dia, ou, sempre que necessário. Os detergentes e desinfetantes devem ser adicionados preferencialmente a água quente, potenciando o seu poder de limpeza e eliminação da sujidade. Aquando da sua utilização, devem ser respeitados alguns princípios: utilizar detergentes/desinfetantes adequados às respetivas áreas, nunca misturar diferentes produtos de limpeza, efetuar a diluição só no momento de utilização (recorrendo a doseadores), lavar os recipientes reutilizáveis com água quente e proceder à sua secagem antes de nova utilização, utilizar as embalagens originais e se tal não for possível, identificar as mesmas. Salienta-se a importância dos profissionais de higienização conhecerem as fichas técnicas e de segurança de todos os produtos utilizados. Relativamente aos desinfetantes devem ser respeitadas algumas precauções: conhecer a composição

dos produtos, respeitar os protocolos de utilização, manter as embalagens das soluções desinfetantes fechadas quando não utilizadas, lavar o recipiente em que se utilizou o desinfetante, recorrer sempre a Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como luvas e avental. Todo o material utilizado na higienização deve ser desmontado, lavado com detergente, desinfetado, seco e guardado em local apropriado. Todos os produtos utilizados devem ser validados pela UL PPCIRA do ACES PL. O fardamento dos profissionais de higienização poderão ser um veículo de contaminação de microrganismos patogénicos, pelo que é fundamental a sua substituição diária e a sua lavagem ser realizada a temperaturas entre os 40º e os 60º C. A mesma deve ser confortável, de cor clara, adequada à tarefa a desempenhar e resistente a lavagens frequentes e de utilização exclusiva para o local de trabalho. Todo o fardamento utilizado deverá ser identificado e nos seus bolsos deve existir apenas o estritamente necessário. Os cabelos devem estar apanhados, as unhas serem curtas e sem verniz e não usarem adornos.

Para qualquer tipo de higienização, é necessário utilizar equipamento de proteção individual (luvas, máscara cirúrgica, avental e bata de manga comprida). A utilização de luvas é obrigatória no contacto com sangue, secreções e excreções, na limpeza das áreas críticas (alto risco), no procedimento de lavagem de material contaminado, na manipulação de material/equipamento, no procedimento da esterilização, no transporte de roupa suja e de resíduos contaminados. Deverão ser removidas imediatamente após o procedimento realizado. A proteção ocular/facial com recurso a óculos, ou máscara com viseira, deve ser usada quando existe risco de projeção de salpicos, de fluidos orgânicos, ou produtos de limpeza que tenham essa indicação, nomeadamente na diluição de alguns produtos. Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada. O calçado deve ser antiderrapante, fechado, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos, ou lesão com material cortante perfurante e ser utilizado unicamente na unidade de saúde.

Plano Integrado de Policiamento, Prevenção e Segurança



DANIEL MATOS

Capitão

*Comandante do Destacamento Territorial de Leiria
Guarda Nacional Republicana*



A luz de uma sociedade dotada de estabilidade social e humana, a segurança e a saúde são hoje dois conceitos indissociáveis. Se por um lado o bem-estar físico, psicológico e social de um sujeito e da coletividade dependem diretamente de medidas sociais que confirmam de forma efetiva ou abstrata um sentimento de proteção face a riscos, perdas e perigos; por outro, a Guarda Nacional Republicana, enquanto garante a segurança da população, sente amizade que os serviços de saúde, sem prejuízo das demais instituições públicas e privadas, constituem-se num dos principais elos de ligação na realização de diligências processuais, bem como asseguram a sensibilização preventiva constante à comunidade, servindo assim como uma ferramenta capital na prevenção do fenómeno da criminalidade e do ilícito contraordenacional.

Não obstante, dos vários programas já existentes por parte da GNR e das demais entidades, cabe a estes organismos continuar pela procura incessante de soluções que não provoquem uma diminuição do sentimento de segurança, bem como que ofereçam novos métodos de sensibilização e informação aos utentes que se socorrem destes serviços e assim responder às necessidades da população. A GNR, através da adoção das boas práticas inerentes ao policiamento comunitário, tem procurado desenvolver estratégias de aproximação às populações, dedicando meios humanos em exclusivo a este modelo de policiamento. É nesta aproximação, na procura de um sistema mais visível, mais preventivo e acima de tudo mais empático com as populações, que tem o fim de criar nelas um espírito de cooperação e confiança nas Forças de Segurança que surge, representado pelas várias valências, o Plano Integrado de Policiamento, Prevenção e Segurança (PIPPS). O PIPPS é um projeto que conta com uma plataforma móvel que surge, em primeira instância, no concelho de Leiria, na área de ação do Posto

Territorial de Leiria. Esta equipa estará dotada de ferramentas tecnológicas, de informação e comunicação ao apoio do serviço policial, ambiental, de trânsito e preventivo e contará com militares dotados nestas matérias para, localmente, satisfazerem as necessidades da comunidade. Tendo por base estas ferramentas e recursos humanos empenhados, este projeto, em fase de teste, irá deslocar-se mensalmente pelas freguesias do concelho de Leiria e posicionar-se nos locais que ofereçam maior benefício e proximidade com a comunidade – como são exemplo os centros de saúde locais. Lá, visíveis e próximos da comunidade, a população poderá efetuar denúncias e queixas, solicitar emissão de certidões, e até mesmo ver as dúvidas serem esclarecidas no âmbito de matérias e programas específicos como “Floresta Segura”, “Escola Segura”, “Idosos em Segurança”, “Comércio Seguro”, “Violência Doméstica”, entre outros.

O local, dia e horário de deslocação da equipa PIPPS às freguesias é difundido pelos meios digitais e afixados em locais convenientes, mensalmente tendo o seu início previsto para janeiro de 2023.

O plano proposto aumenta a produtividade dos recursos humanos através da sua segmentação, garantindo que o patrulhamento e deslocação a ocorrências seja mantido por outra estrutura da organização e paralelamente, o policiamento preventivo, comunitário e de visibilidade seja complementado como até então não tem sido efetuado e em locais onde também, até então, não tem sido possível alcançar. A eficiência aumenta quando, a estas últimas matérias, se oferece a possibilidade ao cidadão de se deslocar a uma plataforma móvel, próxima de si, para resolver assuntos de natureza policial e assim aliviar a carga burocrática e tempos de espera sobre as estruturas territoriais fixas – no caso, o Posto Territorial de Leiria.

Um dos instrumentos de maior relevância no policiamento comunitário são as parcerias interinstitucionais. Atualmente, a resolução de problemas complexos apela à contribuição de diversos parceiros institucionais e do setor privado e/ou público, em áreas tão distintas como a educação, a segurança social, a cultura e, claro está, a saúde.

(continuação na página seguinte)

Plano Integrado de Policiamento, Prevenção e Segurança

Tendo em consideração que as Forças de Segurança não possuem, em muitos casos, um conhecimento interdisciplinar dos problemas é desejável que se apoiem no conhecimento e competências de outro tipo de organismos (GNR, 2021).

A proximidade geográfica inteligível que este projeto traz aquando da deslocação desta viatura militar para junto de centros de saúde, proporciona a partilha de conhecimento interinstitucional, a divulgação deste e outros projetos, sensibilização da população local em matéria de saúde e segurança, e ainda a fundamental criação de laços interpessoais entre militares e agentes em matéria de saúde criando desta forma empatias e sinergias, no sentido da prestação de um apoio mútuo cada vez mais necessário.

O projeto PIPPS pressupõe uma verdadeira aproximação à comunidade e o seu envolvimento na resolução dos seus problemas. Uma polícia mais pró-ativa em detrimento de uma polícia reativa, cuja ação é ditada apenas pelas situações que surgem. Esta é a verdadeira essência do projeto: a GNR, junto do cidadão, visível para o cidadão e pronta para ele na sua área de conforto, na sua freguesia. Este policiamento consistirá nesta “capacidade de envolver e mobilizar os cidadãos a colaborar em prol da segurança” permitindo às Forças de Segurança e à comunidade trabalharem em conjunto para conseguirem encontrar formas inovadoras de resolver os problemas sentidos por todos (GNR, 2021).

Esta iniciativa encontra-se devidamente enquadrada com a Estratégia da Guarda 2025, Uma Estratégia Centrada nas Pessoas. Ou seja, o PIPPS pretende “incrementar a proximidade, presença e visibilidade através de uma otimização das capacidades operacionais” logísticas e humanas, “melhorando os níveis de eficiência” e integrando “práticas de gestão moder-



nas”. Permite que se “impulsione a comunicação e a imagem institucional”. Permite, inclusive, “otimizar e qualificar a resposta operacional” em matéria policial, de proteção da natureza e ambiente, trânsito, segurança rodoviária, entre outros. Permite que se sensibilize mais pessoas, enquadradas em diferentes realidades sociais de acordo com as especificidades locais, “fomentando e potenciando uma maior interação Guarda-Cidadão, reforçando o patrulhamento comunitário, de visibilidade e de proximidade” e reagindo, assim, preventivamente ao fenómeno criminal. O projeto interliga-se à estratégia organizacional também pelo aprofundamento das “relações de cooperação, coordenação e partilha” (GNR, 2020). Tudo isto devidamente encaixilhado nas linhas de orientação estratégicas institucionais da GNR: aproximar, racionalizar, modernizar, cooperar e potenciar.

Assim, como fins últimos, este modelo de policiamento próximo da comunidade acaba por gerar um sentimento de segurança nas populações, a construção e conservação de relações de confiança interinstitucionais e com o cidadão, a preservação da ordem pública através de uma análise pormenorizada das características e origem das problemáticas apresentadas *in loco*, a celeridade processual e informativa através da resolução imediata das necessidades do utente, a redução da criminalidade e o aumento efetivo da segurança; utilizando a prevenção como principal instrumento de manutenção da paz social e dissuasor do ilícito. O PIPPS é, fundamentalmente, estar presente.

Bibliografia

1. GNR. O Policiamento Comunitário e os Programas Especiais na GNR. GNR, 2021. Disponível em: https://www.gnr.pt/ProgEsp_main.aspx. Acesso em 14 de dezembro, 2022.
2. GNR. Estratégia da Guarda 2025, Uma Estratégia Centrada nas Pessoas. Lisboa: Guarda Nacional Republicana, 2020.



Dia Mundial da Diabetes — A capacitação do doente como chave para o sucesso

Ana Carreira¹, Ana Carvoeiro², Andreia Maciel¹, Joana Saraiva², Maria Romano³, Mónica Reis¹, Ricardo Rodrigues³, Sofia Oliveira⁴, Volodymyr Lavriv².

¹ Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF D. Diniz

² Médica (o) Interna (o) de Medicina Geral e Familiar, USF Cidade do Liz

³ Médica (o) Interna (o) de Medicina Geral e Familiar, USF Polis

⁴ Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Leiria Nascente



O dia mundial da Diabetes Mellitus celebra-se no dia 14 de novembro. Com vista à sua comemoração, a Comunidade Prática Formativa (CPF) do Dr. Gorjão Henriques organizou uma sessão informativa que teve como público-alvo o doente diabético e seus familiares.

A falta de literacia em saúde pode conduzir a escolhas menos corretas, acumulando o risco ao longo da vida e culminando mais tarde em doenças, algumas das quais evitáveis ou pelo menos adiáveis. A capacitação do doente para a tomada de decisões conscientes, minimizando os fatores de risco evitáveis, pode ser a chave para travar ou controlar as doenças associadas ao estilo de vida, como é o caso da Diabetes.

Com vista ao cuidado integrativo do doente diabético, a sessão foi constituída por 3 temas, com preleções dos diferentes profissionais essenciais na monitorização do doente diabético: médico – enfermeiro – nutricionista.

A Dra. Rita Chaves, coordenadora da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes do ACeS Pinhal Litoral, começou por fazer uma abordagem abrangente da doença com a apresentação intitulada “Será que tenho Diabetes?”. Foram explicados os diferentes tipos de diabetes, os mecanismos inerentes, os fatores de risco, bem como o diagnóstico e tratamento (farmacológico e não farmacológico). A Dra. Rita focou ainda o papel do doente no controlo da sua própria doença e de que as suas escolhas se refletem diretamente na saúde e na prevenção das complicações (Fig. nº1).

Em seguida, a Dra. Sónia Rodrigues, Nutricionista da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) Dr. Gorjão Henriques, falou acerca da “Alimentação na Diabetes”, com dicas práticas para melhorar as escolhas do quotidiano. A descodificação de rótulos foi um dos temas em destaque (Fig. nº2).



Fig. nº1



Fig. nº2

(continuação na página seguinte)

Dia Mundial da Diabetes — A capacitação do doente como chave para o sucesso

O último tema a abordar foi “A Diabetes, cuidado a ter com os pés”, com preleção da enfermeira Olinda Soares, enfermeira na USF PoLis. Além de explicar a importância da avaliação do pé diabético, tanto pelos profissionais de saúde mas sobretudo diariamente pelo próprio doente, foram explicados os mecanismos fisiopatológicos pelos quais o pé do doente diabético se reveste de particular importância. Alguns conselhos práticos no cuidado diário e avaliação do pé diabético foram as mensagens chave da exposição (Fig. nº3).



Fig. nº3

O cuidar passa também por (in)formar. Muitas vezes os 20 minutos de consulta tornam-se escassos para a transmissão de conhecimento e esclarecimento de dúvidas (que tantas vezes surgem aos doentes já no conforto de casa quando confrontados com as situações do dia a dia). Consideramos estas sessões de partilha uma mais valia para o doente, mas também para nós enquanto profissionais de saúde pois conseguimos identificar dúvidas e receios dos doentes e, com isto, melhorar a prestação de cuidados (Fig. nº4)



Fig. Nº4



Diabetes: educação para proteger o futuro

Mais de 90% dos cuidados com a diabetes resultam do autocuidado. Tem conhecimentos para tomar decisões informadas?

Assuma o controlo da gestão da sua diabetes

Tenha acesso a recursos grátis sobre diabetes:
worlddiabetesday.org/understandingdiabetes

#WorldDiabetesDay
#EducationToProtect



Fonte: <https://www.spd.pt/#/dia-mundial-da-diabetes-2022>



Madalena Santos

Enfermeira

Unidade de Saúde Familiar Vitrius

Crónicas de Inverno

Nos meus tardios anos parece que o tempo quase parou, anda devagar quase tão devagar como as pernas. Ao acordar olho a janela de madeira com a tinta branca a fugir dela. Os primeiros raios de sol trespassam o vidro e aquecem o chão tosco e rasgado. O velho galo canta como se o hoje fosse já amanhã, parece dizer:

- É tarde, é tarde...

Mas porque canta ele todos os dias neste pranto esganiçado. Levanto-me farto de o ouvir enquanto calço os chinelos de lã. Ao contrário dos outros dias hoje tenho fome, deve ser da medicação nova que estou a tomar... Na mesa da cozinha recosto-me enquanto me delicio com uma torrada chamuscada, pintada de manteiga fresca e uma chávena de leite com café, verdadeiro manjar dos deuses. Finalmente aquele pequenote de penas arrojadas já se calou, deve estar a comer milho, cada um com o seu manjar.

Falta aqui o bolo de laranja quentinho que a mãe fazia há uns 60 anos atrás. Que saudades daquele bolo quente, doce, macio era ótimo para a minha falta de dentes de agora... A casa era barulhenta nessa altura e o meu cabelo era escuro e não branco como agora. Parece que foi pintado com um manto de neve. O que estou para aqui a pensar... A mãe já cá não está, nem o bolo, nem o cabelo escuro... A medicação nova que o doutor me receitou não sei se me estará a fazer assim tão bem... Que saudades mãe, que falta que me fazes, gostava de te poder abraçar só mais uma vez, sinto as tuas mãos enrugadas mas macias nas minhas, os teus olhos meigos, negros e doces, o teu sorriso floreado recheado de alegria, o teu cheiro a jasmim... O que eu precisava de um abraço teu, só mais um, o último talvez... O cemitério a mim não me diz nada, não vive lá ninguém, tu mãe não vives lá, para mim estás por aí ainda a fazer o teu bolo de laranja enquanto esperas que os teus filhos regressem a casa...

Enquanto a torrada se rebola na boca numa luta desenfreada com a língua e os poucos dentes, observo o velho relógio de parede que o tio Vicente nos ofereceu numa daquelas viagens à Europa. Disse que o comprou em Amesterdão. Não sei o que lhe deu para trazer um relógio de tão longe, até o Sr. Américo da rua da frente tem relógios. Mas este realmente nunca



Fonte: <https://blogdoscaloios.blogs.sapo.pt/inverno-chegou-e-com-frio-e-a-chuva-328748>

se cansou, nunca parou de todo, bem exceto algumas duas dezenas de pilhas gastas que o fizeram parar... Parece ter pressa o ponteiro dos segundos saltitando como uma criança com os seus pais: o ponteiro das horas e dos minutos. No meio de tanta discussão lá andam os três correndo em círculos e eu para aqui sentado no banco de madeira a observá-los.

Um dia no regresso de uma dessas viagens o tio Vicente perguntou-me:

- O que queres ser quando fores grande?

- Gostava de ser herói como nos filmes e salvar muitas pessoas, ou então gostava de ser dono de uma máquina que fabricasse sorrisos só para ver todos a sorrir, todos os dias, ou então gostava de não crescer e ficar assim criança por muito, muito tempo... É isso, quero ser sempre criança. Os crescidos têm os olhos tristes e zangados. Trabalham muito porque parece que só o dinheiro os faz felizes... Eu não acho graça ao dinheiro é um bocado de papel baço sem cor, quase parecido com as pessoas que vivem sempre a pensar nele. Gosto de ver o sol e de correr por baixo dele e de ver os sapatos gastos a voarem sobre a sombra dos mesmos.

(continuação na página seguinte)

Crônicas de Inverno

Gosto de brincar e imaginar histórias que de tão imaginadas quase parecem reais... Às vezes vejo os crescidos a passear sempre com um passo lento a endireitar a roupa para não parecer mal, sem grandes risadas ou a falar alto porque não é de bom tom. Não os percebo eu gosto de passear, mas a correr pelo meio deles como se fosse uma estrada de obstáculos e quando posso invento jogos da macaca com os desenhos do passeio ou ando em cima da berma num verdadeiro exercício de equilíbrio ou então agarro no apito que o avô João me deu no Natal e vou

assustando as senhoras que passeiam pela rua tão direitas que parecem um fuso. Claro que acabo sempre a levar ralhetes da mãe pelo meu mau comportamento, mas não percebo porquê... O que vale é que o avô João me compreende e até me vai comprando mais gaitas, apitos e figas, para descontentamento da minha mãe.

- Tio Vicente hoje na escola a professora perguntou-nos o que era para nós o Natal.

- E tu que respondeste?

- Respondi que faltavam 19 dias para aquela noite que é desejada por todos ou pelo menos pelas crianças como eu porque acho que muitos crescidos já deixaram de sonhar, de acreditar na magia, cresceram depressa demais... Para mim o Natal é o calor da lareira com o tronco a cantar no meio das pinhas em brasa enquanto aqueço as mãos na saudade do Natal passado, é a mãe de rosetas coradas de estar sempre a espreitar o forno enquanto o peru se perfuma com imensos cheiros deliciosos, é o Afonso que teima em tirar a estrela da árvore, é o tio António que tira mais uma filhós da mesa enfeitada, enquanto a come às escondidas da tia Margarida, é o gato Pardo que derruba as figuras do presépio enquanto delicadamente percorre o musgo com as suas patas, é o avô Filipe que recostado no sofá do canto da sala relê novamente o seu jornal enquanto levanta por vezes os olhos para vigiar a mesa do jantar... Ontem andei naquela mata de pinheiros novos da quinta, a escolher o pinheiro que fosse mais bonito, imperfeito, mas perfeito nos meus sonhos, na minha noite mágica. Consegui encontrá-lo e depois foi só dizer ao pai para o cortar com o serrote. Não gostei de o ver a ser cortado, parecia que ele queria ficar ali a crescer com os seus irmãos. Só consegui apaziguar essa tristeza momentânea porque imaginei que ele iria



Fonte: <https://viaggi.corriere.it/eventi/cards/buon-solstizio-dinverno-2021-frasi-citazioni-e-poesie/>

ficar contente com a decoração que eu lhe tinha preparado. Cheirava a resina aquele pinheiro, a sala, a casa ficaram a cheirar a ela e os dedos ficaram pegajosos. Apanhei também um musgo verde, fofo e com cheiro a terra molhada. Consegui trazer os cheiros da mata para dentro de casa! Depois fui com a mãe ao sótão buscar a velha caixa de sapatos onde estavam todos os apetrechos necessários para embelezar o pinheiro real. Ainda segurei o escadote à mãe enquanto esta se pendurava para retirar a velha caixa da prateleira e se queixava de dores nas costas, no meio daquele exercício de equilíbrio ainda caiu um sino do pinheiro que se partiu... Depois de retirar cuidadosamente o pó das fitas, das bolas, estrelas e sinos e de desalojar duas aranhas lá consegui tornar o meu pinheiro o mais bonito da redondeza...

Fico com uma nostalgia sempre que me vêm à lembrança estes pequenos trechos de filme do meu passado. Não são mais que velhos trechos, películas desalinhasadas a preto e branco, antes a cores... Houve alguém que me disse há pouco tempo, já tem idade para morrer, não percebi as palavras mas de facto poderia morrer entretanto hoje ou amanhã ou para a semana, ou então ao fim de semana, se é que isso interessa de todo, poder-me-ia transformar para a eternidade em fotografia, sei que me sentiria feliz, com saudades de tudo o que vivi e do que poderia viver outra vez, não da mesma forma mas muito mais vivido e sentido porque esta velha carcaça está verdadeiramente sentimentalista! Talvez tenha sorte e alguém se lembre de mim com saudades... Dizem que o tempo envelhece mas eu continuo a achar na minha ignorância sábia que quem envelhece é quem não sabe viver e morre enquanto vive...

A paz aos olhos das crianças

Alunos do Jardim de Infância da Barosa, Agrupamento de Escolas D. Dinis - Leiria

A PAZ É ...
DAR AS MÃOS

Pedras.
(4A)



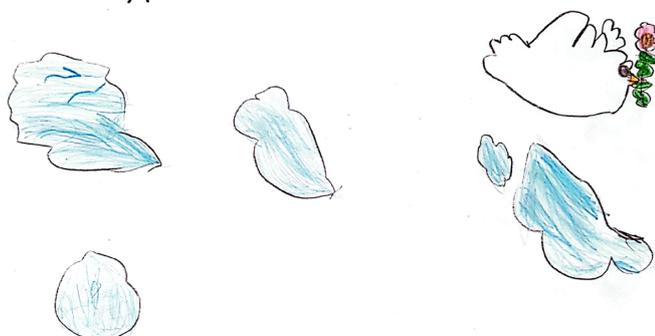
A PAZ É ... SER FELIZ

Maria Soares
(5A)



A PAZ É ... COISAS BOAS

Roberto
(5A)

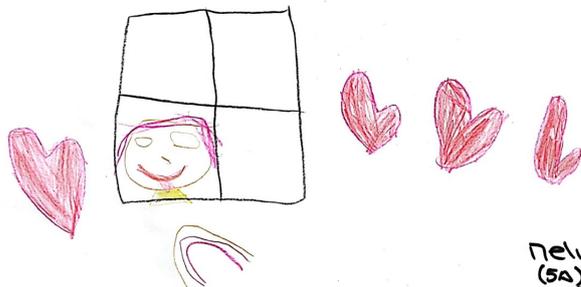


A PAZ É ... OLHAR PARA AS ESTRELAS



A PAZ É ...
DAR BEIJINHOS

Mia
(4A)



Nelissa
(5A)

A PAZ É ... A FAMÍLIA
GOSTAR DE TODOS

Nedelena
(5A)



A PAZ É ...
A MENINA E O PASSARINHO
SEREM AMIGOS

Maria
Luísa
(4A)

