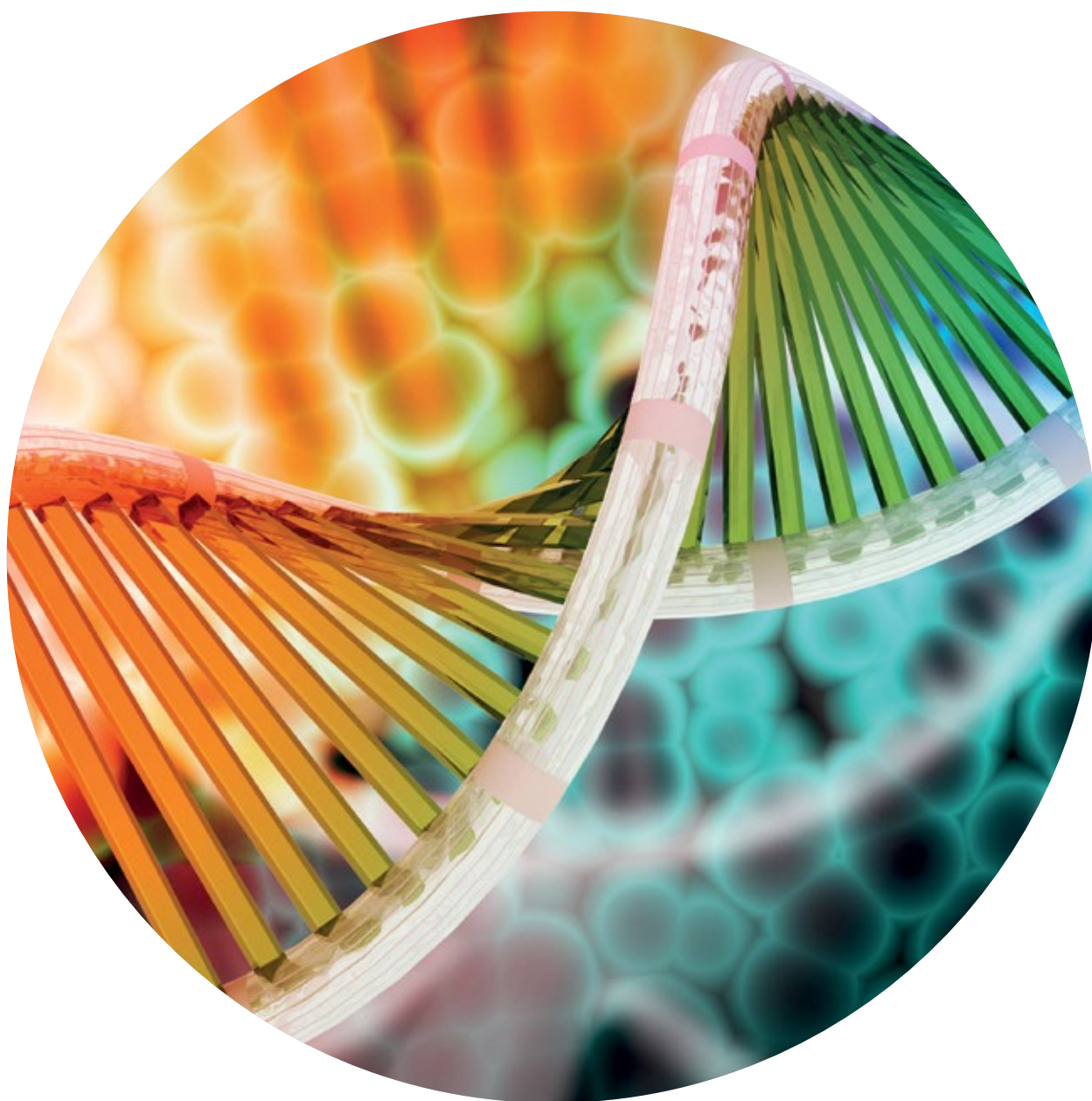


Enfermeiro

Anuário 2017



Oxigenoterapia
Ventiloterapia
Tratamento da Apneia do Sono
Aerossolterapia

Cuidados Respiratórios Domiciliários

GRÁTIS 800 201 550

24 horas por dia, 7 dias por semana

www.vitalaire.pt

Air Liquide
HEALTHCARE

Um evento corporate com “touch”

No NewsMuseum, os eventos da sua organização são modernos e originais devido às nossas plataformas avançadas de entretenimento inteligente e interativo – onde (quase) tudo é “touch”. Uma experiência em VR, outra num ecrã tátil de 67 m2. Uma projeção em 360º, a gravação de “vivos” em TV e Rádio. Lançamentos de produtos e serviços, encontros de “team building”, reuniões ativas podem ser transformados numa moderna aventura mediática produzida pela nossa equipa.

Visite na Vila de Sintra o mais moderno e interativo centro europeu dedicado ao Jornalismo, aos Media e à Comunicação. E desafie-nos com a sua ideia para um evento corporate com um “touch” especial.

www.newsmuseum.pt

Mais informação e reservas
Marina Freitas
marinafreitas@newsmuseum.pt
T. +351 962 190 866



**NEWS
MUSEUM**
@LISBOA_SINTRA



05

A reabilitação respiratória nas doenças respiratórias crónicas



06

Treino aeróbico e de fortalecimento muscular no doente com patologia respiratória



08

Gestão da terapêutica inalatória nas doenças respiratórias crónicas



09

Dificuldades, erros críticos, doentes e profissionais de saúde



11

Câmaras expansoras *versus* sistemas de nebulização



12

O papel dos enfermeiros de reabilitação na implementação de programas de reabilitação respiratória



13

Reabilitação respiratória domiciliária



14

Ventilação não invasiva na reabilitação respiratória



17

Treino dos músculos respiratórios e dispositivos de apoio na unidade de cuidados intensivos



19

A enfermagem em medicina do viajante



20

GOLD 2017



21

Literacia em saúde no doente respiratório crónico



24

Mais apoio e serviço para doentes com patologia respiratória crónica



25

Meio século de vitórias, novos desafios para o futuro



28

Um passo em frente na prevenção das infeções respiratórias



30

Suplementação na gravidez



32

O enfermeiro deve ser um propagandista da medicina preventiva



38

O trabalho por turnos está a contrariar o organismo



40

Um terço das infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis



44

Como prevenir as infeções respiratórias



46

Desmistificar a diabetes



Edifício Lisboa Oriente
Av. Infante D. Henrique, 333 H | 37
1800-282 Lisboa
T. 218 504 060 | F. 210 435 935

DIRETORA-GERAL
Sandra Silva
T. 967 088 124
sandrasilva@newsengage.pt

COORDENADORA
DE PUBLICIDADE
Sónia Coutinho
T. 961 504 580
soniacoutinho@newsengage.pt

COORDENADORA
DE CONTEÚDOS
Teresa Nunes
teresanunes@newsengage.pt

DESIGN
Ana Carvalheiro
anacarvalheiro@newsengage.pt

IMPRESSÃO
TYPIA - Grupo Monterreina
Área Empresarial Andalucía
28320 Pinto Madrid - España

Boas-vindas!

Presidente da Entidade
Organizadora
Enfermeira
Filomena Leal

Comissão Organizadora
Enfermeira Maria
do Carmo Cordeiro

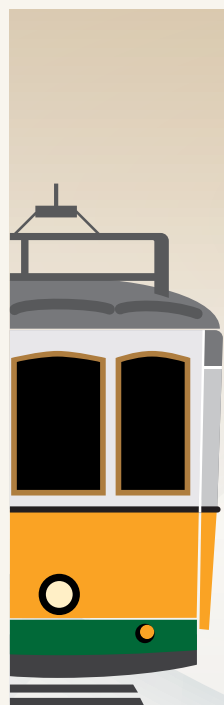
Prof.^a Doutora
Paula Pinto

Caros colegas,

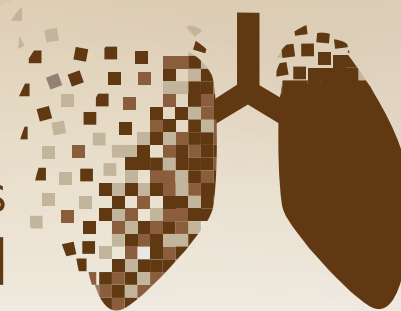
Damos-vos as boas-vindas às II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem sob o lema: “*Reabilitação Respiratória & Gestão integrada da Doença Respiratória Crónica: Do Hospital para os Cuidados de Saúde Primários*”.

Este é um ano dedicado à Reabilitação Respiratória. Nesta perspetiva, é com enorme satisfação que se assinala na sessão de abertura o Dia Nacional da Reabilitação Respiratória em Portugal, cumprindo uma homenagem às fundadoras, respetivamente Dr.^a Clara Heitor e Dr.^a Camila Canteiro, bem como contamos com a honrosa presença de prestigiados palestrantes e Sociedades Científicas da área respiratória. A Reabilitação Respiratória é hoje a pedra angular na abordagem ao doente com doença respiratória crónica, como a DPOC, asma e extensível a outras doenças respiratórias crónicas. Neste contexto, os desafios atuais que se colocam passam por garantir programas de Reabilitação Respiratória acessíveis a todos os doentes, e que ofereçam as componentes essenciais, cumpram os critérios de qualidade e segurança para o doente nos diferentes contextos clínicos (hospital e comunidade). A este nível, o enfermeiro, em particular o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assume uma intervenção de relevo nas diferentes componentes da RR, como seja na educação para a autogestão da doença, no ensino/treino/follow-up contínuo da técnica inalatória, nos cuidados respiratórios domiciliários (adesão à oxigenoterapia, ventilação não invasiva), na utilização e aplicação de instrumentos de avaliação (monitorização dos sintomas respiratórios e impacto na qualidade de vida), na Reeducação Funcional Respiratória: intervindo na gestão dos sintomas respiratórios, capacitando o doente com técnicas de controlo respiratório, técnicas de higiene brônquica (para mobilização de secreções e prevenção de infeções respiratórias), técnicas de conservação de energia na realização das atividades de vida diária, e estratégias de controlo das exacerbações (como prevenir, reconhecer e agir perante uma exacerbação), e também desenvolvendo programas de treino de exercício em sessões de grupo ou individuais no domicílio (por exemplo, fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores), promovendo ainda a autonomia e a vida ativa. A atualização dos conhecimentos, promoção de formação qualificada, o reforço das suas competências, o reconhecimento na abordagem do doente respiratório crónico, são o grande propósito destas jornadas. E augura-se que estas Jornadas representem já uma referência no âmbito dos Cuidados Respiratórios de Enfermagem, mas sempre com vontade de melhorar e continuar a crescer em conjunto convosco! Contamos com cada um de vós para dar continuidade a este projeto, uma vez que a troca de experiências dos vários profissionais envolvidos na área da reabilitação respiratória é uma mais-valia para a garantia de uma implementação desta modalidade terapêutica, quer a nível hospitalar, quer a nível da comunidade. Desejamos que desfrutem durante estes dias tanto do programa científico como dos momentos de partilha, num encontro com todos os que se sentem motivados e interessados pela área respiratória e pelo doente respiratório crónico.

Bem-hajam!



II Jornadas DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM



REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA & GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA RESPIRATÓRIA
CRÓNICA: DO HOSPITAL PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LISBOA . OLAIAS PARK HOTEL . 20-22 ABRIL 2017

A reabilitação respiratória nas doenças respiratórias crónicas

A

As doenças respiratórias crónicas, de que são exemplo a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a asma, as sequelas pulmonares de tuberculose, a fibrose pulmonar, as doenças neurológicas, como a esclerose lateral amiotrófica (ELA) e as doenças que conduzem a deformação da caixa torácica, como a escoliose, têm como importantes consequências para os doentes a dificuldade respiratória de agravamento progressivo, a limitação nas atividades diárias e na participação social e profissional com perda de qualidade de vida.

Esta incapacidade leva ao isolamento, à ansiedade e à depressão, o que agrava ainda mais o sofrimento e a esperança de vida destes doentes. As crises/exacerbações destas doenças e os múltiplos internamentos levam a faltas ao trabalho e aposentação antecipada dos doentes. Aos familiares/cuidadores é requerida disponibilidade para o apoio no domicílio e o acompanhamento às múltiplas consultas com consequentes custos e consequências pessoais e socioprofissionais.



Fátima Rodrigues

Médica pneumologista

Coordenadora da Unidade de Reabilitação Respiratória
do Centro Hospitalar Lisboa Norte
– Hospital Pulido Valente

Docente convidada da Faculdade
de Medicina de Lisboa

O doente portador de doença respiratória crónica é, por isso, um bom candidato aos programas de reabilitação respiratória (PRR).

Os PRR são interdisciplinares, ou seja, beneficiam do conhecimento e interação entre os vários profissionais que prestam um conjunto de intervenções centradas no doente e os seus familiares/cuidadores, com o objetivo de controlar os sintomas, evitar as exacerbações, reduzir os internamentos e recuperar os doentes para o seu máximo potencial físico e psicossocial.

Os PRR podem ser realizados em diferentes contextos, desde o internamento, onde se procuram minimi-

zar as consequências, por vezes catastróficas, das exacerbações da doença, tentando, entre outros aspetos, evitar a atrofia muscular do doente acamado, passando pela intervenção em ginásio, até à intervenção na comunidade ou mesmo no domicílio do doente.

As equipas de PRR são constituídas por um médico que coordena os programas e por vários profissionais, como o enfermeiro e o fisioterapeuta, que são elementos nucleares das equipas. Idealmente as equipas devem também incluir psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisiologistas do exercício, entre outros.

De acordo com as necessidades ou limitações específicas de cada doente, são incluídas nos PRR as intervenções específicas de cada um destes profissionais.

O enfermeiro tem um contacto privilegiado com o doente e a sua família em todos os contextos de doença respiratória, desde o internamento ao domicílio. Este contacto permite-lhe identificar no doente as limitações/barreiras à autogestão da doença, como a iliteracia em saúde, o défice económico, ou a identificação de famílias disfuncionais.

O papel do enfermeiro é *pivot* na interligação com a restante equipa de cuidados durante o internamento, na preparação para a alta, na partilha de informação com a equipa de ambulatório ou dos cuidados de saúde primários, podendo em casos de doença crónica grave constituir o “gestor do caso” em interligação com a restante equipa clínica. O enfermeiro contribui ainda com um papel importante na educação do doente e da família na autogestão da doença e seu tratamento, sendo particularmente relevante a promoção da adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica, de que são exemplos: o cumprimento correto da posologia terapêutica, uma boa técnica inalatória ou o uso correto da oxigenoterapia ou da ventiloterapia domiciliárias.

Treino aeróbico e de fortalecimento muscular no doente com patologia respiratória

R

Referência estruturante na prática clínica e conceptual da Enfermagem, a Teoria do Autocuidado sustenta-se no pressuposto de que a pessoa tem capacidade de cuidar de si, desempenhando atividades e comportamentos para se manter saudável.

O domínio físico, um dos domínios do autocuidado que se refere à capacidade física de realizar as ações do autocuidado, está frequentemente comprometido em pessoas com patologia respiratória crónica (PRC) devido ao estilo de vida sedentário decorrente da intolerância à atividade.

As pessoas com PRC reduzem o seu nível de atividade devido à dispneia, com diminuição progressiva da capacidade para o exercício. Para algumas, até as atividades de vida diária (AVD) mais básicas podem tornar-se cansativas e extenuantes, originando diminuição da capacidade aeróbica e perda de força e massa musculares.

A intolerância ao exercício ou, se quisermos, à atividade física em pessoas com

PRC (especialmente DPOC) não resulta, ao contrário do que se possa pensar, da perda de função pulmonar, mas sim de alterações das trocas gasosas e fadiga muscular periférica, sendo que as duas principais razões apontadas para a redução ou cessação da atividade são a dispneia e a fadiga muscular dos membros inferiores.

Este comprometimento do domínio físico, além de limitar as pessoas no seu autocuidado, também limita a sua interação familiar, social e profissional com graves repercussões na qualidade de vida.

A Reabilitação Respiratória (RR), tratamento não farmacológico indicado para pessoas com PRC, definida desde 2013 pela ERS/ATS, inclui exercício físico, educação e alteração comportamental como pedras basilares.

Desenhados para melhorar a condição física e emocional de pessoas com PRC, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde, os programas de RR reduzem a dispneia e a fadiga muscular, aumentam a tolerância ao exercício físico, melhoram a função cardio-respiratória e músculo-esquelética, a capacidade aeróbica e aumentam a qualidade de vida, promovendo o autocuidado.

A disfunção muscular periférica nas pessoas com doença



Luís Gaspar

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Exploração Funcional e Reabilitação Respiratória

Sector de Cinesiterapia e Reabilitação Respiratória

Serviço de Pneumologia

Centro Hospitalar São João

A Reabilitação Respiratória (RR) inclui exercício físico, educação e alteração comportamental como pedras basilares

respiratória crónica é caracterizada por alterações macro (redução da força e massa muscular) e microestruturais (aumento das fibras tipo II, menos resistentes à fadiga, e diminuição da capilarização), razão pela qual a componente de exercício da RR combina treino de resistência e treino de força muscular.

O treino de resistência aumenta a concentração de fibras tipo I, permite a hipertrofia muscular e aumenta a densidade da rede capilar potenciando a oxigenação, aumentando desta forma a resistência ao esforço e o desempenho nas AVD. É normalmente aconselhado 3 a 5 vezes por semana em alta intensidade (60% da capacidade máxima de exercício) e com duração entre 30 a 60 minutos (ex: cicloergómetro, marcha, natação).

O treino de força muscular é a componente anaeróbica dos programas de treino de exercício, compreende treino de membros superiores e inferiores, permitindo trabalhar pequenos grupos musculares com intensidade mais elevada potenciando o aumento da força e da massa muscular. Recorre-se normalmente ao uso de halteres e/ou máquinas de musculação e envolve series de repetições com carga titulada para alta intensidade (50 a 85% do teste de uma repetição máxima).



Uma parte importante do treino de exercício normalmente negligenciada é destinada aos alongamentos pela melhoria da postura, da flexibilidade, da amplitude do movimento e fundamentalmente porque reduzem a risco de lesão muscular. Normalmente realizam-se no final do treino

de exercício e centram-se nos músculos ou grupos musculares exercitados no decorrer do programa de exercício.

A independência funcional é uma condição associada ao bem-estar e à qualidade de vida que surge como uma condição de saúde natural no ser humano. A sua perda ou dimi-

nuição condiciona a dignidade da pessoa ao ver o seu estado funcional limitar o seu percurso de vida, com limitação nas suas AVD. A condição da pessoa com intolerância à atividade requer, nas pessoas com PRC, um enfoque no exercício físico como ponte para o autocuidado.

Gestão da terapêutica inalatória nas doenças respiratórias crónicas

É

É hoje universalmente reconhecida a importância inquestionável da Terapêutica Inalatória no tratamento das doenças crónicas do aparelho respiratório, muito em particular na Asma e DPOC, e com as Bronquiectasias e a Fibrose Quística num lugar mais discreto, mas não menos importante.

Nos últimos anos assistiu-se a um incremento notável na investigação, produção e comercialização de algumas novas moléculas, no campo dos broncodilatadores, que, sem qualquer dúvida, vieram afirmar-se como mais-valia no tratamento, e sobretudo na qualidade de vida dos doentes.

A via inalatória mostra-se altamente vantajosa pelas reconhecidas qualidades, já que uma pequeníssima porção de um fármaco ativo pode resolver em minutos uma crise asmática, como pode aliviar de forma confortável um doente em padecimento dispneico intolerável.

Também a pouca existência de efeitos secundários indesejáveis e a ação rápida, bem como o uso pelas mãos

do próprio doente, são argumentos que se impõem a qualquer outro tipo de via medicamentosa.

Infelizmente, essas substâncias só são de facto insuperáveis se o doente as conseguir utilizar de forma correta, o que as estatísticas demonstram ser numa percentagem reduzida, por má utilização do inalador que suporta estes fármacos.

Por um lado, temos excelentes fármacos e inaladores cada vez mais fáceis de usar, mas a verdade é que estamos muito longe ainda de conseguir essa correspondência que, para além de ser legítima, seria muito agradável para os doentes.

A que se deve tal facto? Antes de mais, ao reduzido conhecimento de muitos profissionais de saúde ligados ao setor, sobre o funcionamento

técnico do inalador e, por outro lado, às regras básicas mas rigorosas da inalação terapêutica. É tão natural e intuitivo o ato de inalar que se parte sempre do princípio que é facilímo para o doente. São muitos os erros que se cometem na abordagem da prescrição, desde o esquecer de ensinar o doente a usar o inalador, ou confiar que alguém o irá ensinar, talvez o farmacêutico ou até um familiar, até ao facto de se pensar que apenas com uma simples explicação o doente estará apto a usar o inalador prescrito.

Mas pior que não ensinar, é fazê-lo mal, com erros que o doente dificilmente irá sublimar.

Não é fácil cumprir rigorosamente a inalação terapêutica. O que pode acontecer então? O doente, não sen-

tindo qualquer benefício, e tendo de suportar custos elevados, faz o tratamento de forma irregular, outras vezes abandona-o, ou na melhor das hipóteses, queixa-se do insucesso. Possivelmente irá ter um novo inalador e, provavelmente, nova tentativa falhada.

Como resolver esta situação? Arrisco uma proposta que me parece viável. Antes de mais, introduzir o ensino obrigatório de tudo o que respeita a esta modalidade terapêutica, no ensino universitário, seja nas escolas médicas, de enfermagem e de farmácia.

Criar no Serviço Nacional de Saúde ações de formação e ensino obrigatório a todo o pessoal que lida com estes doentes. Criar a consulta de enfermagem de respiratório nas unidades de saúde, de forma que todo o doente que use inaladores tenha um ensino frequente, um suporte para as suas dificuldades, e uma boa informação para o médico que o segue, e controla a sua doença.

Por fim, para lá do ensino aos utentes utilizadores, muito importante também é o ensino aos seus cuidadores.

Como se vê, há muito caminho para andar até sentirmos que a qualidade dos fármacos que hoje dispomos tem os correspondentes efeitos benéficos na qualidade de vida dos doentes com patologia obstrutiva crónica.



António Ramalho de Almeida

Médico Pneumologista

TERAPÊUTICA INALATÓRIA

Dificuldades, erros críticos, doentes e profissionais de saúde

A

A terapêutica inalatória é a recomendada pelos consensos internacionais e nacionais no tratamento farmacológico das doenças respiratórias, como a DPOC e asma (GOLD, 2017; GINA 2017; DGS, 2013). Apesar da terapêutica inalatória se revestir de extrema importância na abordagem farmacológica da DPOC e asma (GOLD 2017; GINA 2017), a verdade é que muitos dos nossos doentes não beneficiam da sua medicação porque não usam corretamente os seus dispositivos inalatórios ou não executam corretamente a técnica inalatória, condicionando resultados inferiores aos desejados, o que compromete o controlo da sua doença. Segundo o GINA (2017) “a maioria dos doentes (até 80%) não consegue usar corretamente o seu inalador (...) e cerca de 50% dos adultos e crianças não tomam a medicação controladora de acordo com o prescrito”.

A principal preocupação neste cenário é que os profissionais de saúde muitas vezes atribuem a falta de eficácia clínica às propriedades farmacológicas do fármaco, não se lembrando que o mesmo

poderá estar associado ao uso incorreto do dispositivo inalatório ou a erros críticos na execução da técnica inalatória; consequentemente, a dose de fármaco administrada é aumentada, ou é feita a prescrição de um novo dispositivo inalatório (BONINI & USMANI, 2015). São vários os fatores que podem comprometer a efetividade dos fármacos inalados – os relacionados com o próprio doente: idade; destreza manual (capacidade para manusear o dispositivo inalatório e realizar a coordenação “mão-pulmão”), o perfil inspiratório do doente (inspirador rápido ou inspirador lento); as crenças do doente relativamente à eficácia da terapêutica inalada; os custos dos fármacos/ /dispositivos inalatórios; esquemas terapêuticos complexos; a prescrição de múltiplos dispositivos com diferentes técnicas de inalação, bem como, a capacidade do doente em compreender a informação veiculada pelo médico prescriptor e/ou pelos outros profissionais de saúde no momento do ensino; treino com o dispositivo inalatório e da técnica inalatória (literacia em saúde) e os relacionados com o próprio dispositivo inalatório – o design, a facilidade de manuseio, em alguns casos, confundirem os passos de preparação e ativação entre dispositivos, e da própria técnica de inalação – não realizar a expiração prévia, não cumprir a pausa inspiratória,



Maria do Carmo Cordeiro

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Mestre em Saúde e Aparelho Respiratório

Unidade de Transplantes, Hospital Curry Cabral
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

expirar em vez de inspirar, são alguns dos erros críticos para os quais os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e atentos.

Mas será que o problema está só nos doentes? A resposta é, claramente, não! Apesar da divulgação da Orientação n.º 010/2013 de 02/08/2013 sobre a utilização dos dispositivos simples em Aerosolterapia atualizada a 18/12/2013 e a Norma n.º 021/2011 de 28/09/2011 de Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização atuali-

zada a 11/09/2015 e, contrariando estas normas/ /orientações clínicas de boas práticas, a terapêutica inalatória é uma área que não está suficientemente consolidada pelos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos) – a falta de ensino prévio sobre a utilização do dispositivo e a respetiva técnica de inalação, a não revisão da técnica inalatória, a falsa ideia: “se o doente já usa no domicílio, sabe fazer bem”, e o próprio desconhecimento do profissional de saúde sobre os dispositivos inalatórios e a técnica inala-

tória correta são fatores críticos que podem comprometer o sucesso da terapêutica inalatória. Pelo que é importante que os profissionais de saúde envolvidos na educação da terapêutica inalatória adquiram formação específica nesta área – é preciso educar o educador, ensinar o educador a fazer bem, para ensinar bem. Devem ser adequadamente treinados (ROCHE et al, 2013). Ninguém pode ensinar o que não conhece!

O ensino, a monitorização contínua, a revisão da técnica inalatória são uma responsabilidade de todos nós – nós enfermeiros, médicos, farmacêuticos que cuidamos dos doentes respiratórios crónicos nos diferentes contextos clínicos. Os enfermeiros assumem um papel de relevância na educação terapêutica, são educadores de excelência, constituindo parceiros de eleição com o médico prescriptor nos diferentes contextos clínicos – no internamento hospitalar, na consulta de pneumologia, na comunidade e domicílio. São, de igual modo, o grupo profissional que, de acordo com as suas qualificações profissionais, “procede ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos (...).[1]” Porém, é necessário que também o próprio enfermeiro responsável pelo ensino, treino da técnica inalatória e da utilização dos dispositivos inalatórios seja um profissional treinado com conhecimento dos diferentes dispositivos, das suas particularidades, especificidades, indicações na prática clínica e, de igual modo, estar familiarizado com os mesmos, para ser ca-



paz de ensinar e corrigir de forma adequada o doente, e identificar erros críticos. Deve, ainda, ter conhecimento sobre os respetivos fármacos administrados por via inalatória que os dispositivos veiculam – a sua ação, a ordem de administração, os efeitos adversos, cuidados pós inalação.

A técnica inalatória correta e o uso correto dos dispositivos inalatórios constituem um dos aspetos fulcrais na abordagem farmacológica dos doentes com doença respiratória crónica, com impacto na progressão da doença e melhoria da qualidade de vida, as diretrizes internacionais como GOLD e a GINA (2017) enfatizam a importância de ensinar, treinar, corrigir, rever continuamente a técnica inalatória para otimizar o tratamento farmacológico. Não “perca tempo” a perguntar ao seu doente se sabe fazer, vai sempre dizer-lhe que sim, peça-lhe para mostrar como faz a técnica inalatória e a preparação do dispositivo inalatório.

Os enfermeiros assumem um papel de relevância na educação terapêutica, são educadores de excelência, constituindo parceiros de eleição com o médico prescriptor nos diferentes contextos clínicos

REGRA DE OURO



Usa o seu inalador?
Usa-o corretamente?



Porquê não me mostra como usa o seu inalador?

[1] Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) -Decreto-Lei N°161/96, de 4 de Setembro

CÂMARAS EXPANSORAS VERSUS SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO

Evidência científica e dificuldades na prática

A

A terapêutica inalatória é a recomendada no tratamento de patologias, agudas ou crónicas, das vias aéreas e do pulmão. Esta via de administração de fármacos está indicada, sobretudo, para os tratamentos da asma, da DPOC, da fibrose quística, de bronquiectasias e da bronquiolite.

As boas práticas da terapêutica inalatória recomendam os sistemas de nebulização para situações e fármacos específicos (FQ) e os inaladores pressurizados doseáveis (pMDIs) ou inaladores de pó seco (DPIs) para administrar broncodilatadores e corticosteróides (Asma; DPOC; bronquiolite). A utilização de câmara expansora, com bucal ou com máscara facial, associada a um pMDI, não exige coordenação mão-pulmão, aumenta a eficácia do pMDI melhorando as características do aerossol, permitindo uma maior deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores com menor deposição na orofaringe, nomeadamente redução da deposição dos corticosteróides.

É bem claro que, no doente asmático em crise (ou não), ou

no doente com DPOC em exacerbação (ou não), e independentemente da idade, o efeito broncodilatador e anti-inflamatório dos corticosteróides é igualmente obtido com os dispositivos mais simples. Não há evidência de maior eficácia com a nebulização dos fármacos e são referidas desvantagens importantes (tempo de inalação mais prolongado, custo mais elevado). Apesar de toda a informação, a “cultura” da nebulização, com custos elevados, ainda prevalece sobre a utilização dos outros dispositivos mais simples e mais económicos. Esta preferência deve-se a: (1) falsa noção de maior eficácia e segurança, tanto dos prescritores como dos utilizadores; (2) facilidade de utilização por o seu uso ser mais intuitivo; (3) ser possível



Celeste Barreto

Diretora do Serviço de Pediatria Médica Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

o seu uso por todas as idades; (4) utilização independente da gravidade clínica; (5) gratuitidade por comparticipação na totalidade, pelos serviços de saúde; e (6) facilidade de aquisição nas farmácias.

Na crise de asma, seja em internamento ou no serviço de urgência, a melhor opção para administrar terapêutica broncodilatadora nas crises ligeiras a moderadas é o inalador pressurizado doseável associado à câmara expansora (pMDI+CE), tanto na criança como no adulto. Nas situações graves, os sistemas de nebulização podem ter que ser a 1.^a opção. Na asma estável nas crianças em idade inferior a 5 anos deve-se utilizar o pMDI+CE com máscara facial, e a partir dos 5 anos pode utilizar-se o pMDI+CE com bucal, verificando sempre

se a criança consegue fazer a inalação corretamente.

Na criança o pMDI+CE é essencial para a inalação de fármacos mas, em situação de crise de asma e independentemente da idade, recomenda-se o uso do pMDI associado a câmara expansoras.

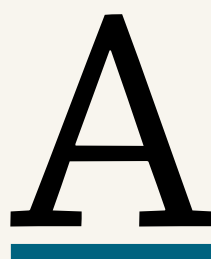
O ensino e a avaliação do uso do pMDI+CE é fundamental para assegurar a automedicação e o controlo da doença. A demonstração prática da técnica inalatória com confirmação da sua correta utilização deve ter como suporte metodologias de ensino e de avaliação, que identifiquem e corrijam os erros da técnica de inalação.

Realçar que estão a chegar ao mercado uma diversidade de câmaras expansoras e máscaras e que nem todas cumprem com os requisitos técnicos exigidos para o uso adequado. Realçam-se dois pontos fundamentais e críticos na seleção das máscaras: 1) serem anatómicas e adaptáveis à face, de modo a assegurar selagem segura e confortável; 2) terem reforço ou não serem demasiado flexíveis, para evitar o colapso à face. Estes 2 pontos associados à visualização do movimento da válvula durante a inspiração são fundamentais para a eficácia da terapêutica.

Não podemos esquecer que é essencial a atualização das boas práticas da inaloterapia, através de ações de formação aos profissionais de saúde.

GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

O papel dos enfermeiros de reabilitação na implementação de programas de reabilitação respiratória



As doenças respiratórias continuam a ter grande impacto económico e social em Portugal uma vez que são a terceira causa de morte, a quinta causa de internamentos hospitalares e a primeira causa de mortalidade intra-hospitalar.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na gestão integrada das doenças respiratórias crónicas deve ser uma abordagem pró-ativa e sem esquecer que o foco da sua intervenção deve ser o empoderamento do utente. Todas as intervenções devem ser devidamente planeadas em conjunto com o utente, cuidadores informais, grupos de risco, grupos de apoio e prestadores de cuidados de saúde.

A reabilitação respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Devem ser implementados programas devidamente estruturados, baseados em diversos componentes como o controlo dos fatores de risco, a gestão do regime terapêutico, o exercício físico e a componente educacio-



Sónia Casado

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
UCC Vila Flor/Carrazeda de Ansiães
Unidade Local de Saúde Nordeste

nal, que não se podem dissociar. O fator de risco que tem maior peso nas doenças respiratórias crónicas é o tabagismo, pelo que todos os utentes devem ser incentivados e apoiados na cessação tabágica. A utilização das lareiras com consequente exposição ao fumo, a poluição ambiental e o contacto com produtos alergénicos devem igualmente ser evitados.

A inaloterapia merece atenção redobrada por parte do EEER. São frequentes os erros na administração destes fármacos, seja por falta de ensino ao utente, por dificuldade na compreensão de toda a técnica ou por desvalorização da mesma por parte do utente. Visto que se trata da

terapêutica de eleição para este tipo de patologias, a sua administração incorreta ou mesmo a não administração põem em causa toda a gestão da doença. Também a não adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração, nomeadamente na DPOC, é um fator de agravamento do estado de saúde do utente.

Não se pode falar em reabilitação respiratória sem que lhe esteja associado o exercício físico. Só assim se consegue evitar o descondicionamento físico e a consequente perda de autonomia. Além disso, a prática de exercício físico associada às técnicas respiratórias são excelentes momentos para aprendizagem do controlo da dispneia

e das técnicas de descanso e relaxamento. Também aqui o apoio psicológico e nutricional do utente são peças chave no processo de reabilitação.

O EEER deve ensinar o utente a identificar sinais e sintomas que possam ser sugestivos de alterações do seu estado de saúde e a procurar o serviço de saúde mais adequado de acordo com a gravidade de cada situação.

A gestão eficaz dos cuidados de saúde não é possível se não existir partilha de informação e interligação entre todas as partes envolvidas. Assim, na prestação dos cuidados de saúde ao utente com doença respiratória crónica deveria existir sempre um profissional de referência, nomeadamente o EEER nos cuidados de saúde primários, que faria toda a articulação entre o utente e os diversos níveis de cuidados de saúde envolvidos. Pela sua visão holística, o EEER nos cuidados de saúde primários deveria ser o ponto de partida, coordenação e retorno de todo o processo de gestão integrada da doença respiratória, assumindo-se como o centro coordenador de forma a garantir uma ação concertada no sentido de obter uma intervenção precisa através da mobilização de recursos adequados, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar do utente.

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIÁRIA

Uma visão integrada

P

Para onde caminhamos?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como terceiro objetivo global para um desenvolvimento sustentável (2016-2030) a garantia da Saúde e Bem-Estar para todas as idades. Conceitos como *Estilos de Vida Saudáveis*, *Melhoria da Qualidade de Vida* ou *Envelhecimento Ativo* são hoje preponderantes face ao aumento da esperança média de vida. Adicionalmente, as doenças crónicas não transmissíveis, em especial as doenças respiratórias constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas.

O que podemos fazer?

A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção integrada, com base numa avaliação completa do doente incluindo, mas não limitando, componentes de exercício físico, educação e mudança de comportamento projetado para melhorar a condição física e psicológica do indivíduo com doença respiratória crónica, tendo como objetivo promover a adesão a longo prazo de comportamentos que melhoram a saúde (ATS/ERS, 2013).

Como benefícios destacam-se a diminuição dos sintomas, melhoria na capacidade de exercício, função emocional, funcionalidade nas atividades de vida diária, maior qualidade de vida, conhecimento e autonomia na gestão da doença, que se refletem em benefícios económicos para os serviços de saúde (diminuição de consultas não programadas, episódios de urgência e internamentos).

De onde partimos?

A RR é uma componente fundamental no tratamento e é atualmente apontada como uma intervenção de 1.ª linha no tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) estável, bem como em outras doenças respiratórias crónicas. No entanto, continua a ser amplamente sub-utilizada e está frequentemente inacessível, estimando-se que apenas tenham acesso a reabilitação respiratória cerca de 0,1% dos doentes que dela beneficiariam.

Como queremos trabalhar?

Acreditamos na abordagem da Medicina 4P: Preventiva (antecipa a progressão), Personalizada (adequa o tratamento), Participativa (o doente na decisão) e Preditiva (antecipa os resultados). Esta abordagem requer uma visão e ação integrada, (i) na conjugação de esforços entre os profissionais de saúde, com a interdisciplinaridade como modelo de intervenção nas equipas e (ii) potenciando a



Cátia Caneiras

Farmacêutica

Homecare Business Manager
da Praxair Portugal

articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, dos quais se destacam os Centros de Referência, os Cuidados Hospitalares, os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Domiciliários, colocando o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema e disponibilizando, a cada momento, os cuidados diferenciados que o doente necessita, com claro acréscimo da cadeia de valor em saúde. Sem dúvida, “Juntos Cuidamos Melhor”.

Quais as barreiras e limitações?

Em muitas áreas geográficas não existem programas de reabilitação respiratória e os existentes, maioritariamente nos Cuidados Hospitalares, não conseguem dar resposta às necessidades. Acrescem as dificuldades a nível de recursos e financiamento. A distância e dificuldades no

transporte são mencionadas frequentemente pelos doentes como as principais barreiras à entrada e adesão a programas de reabilitação.

Quais as soluções?

A aplicação do Despacho n.º 6300/2016 de 12 de maio garante a “tempestade perfeita” para que seja finalmente real uma Rede de Reabilitação Respiratória. Todos os intervenientes, a todos os níveis de cuidados, devem estar alinhados. Somos complementares. O que nos diferencia é a qualidade dos serviços prestados, com equipas especializadas e interdisciplinares, a contínua proximidade do doente e do prescritor para melhor monitorização e adesão à terapia e a colaboração com os distintos cuidados de saúde.

Uma visão inovadora:

Reabilitação Respiratória Domiciliária. Aceitamos o desafio.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Evidência e prática

A

A melhoria da qualidade de vida da pessoa com patologia respiratória passa pelo acesso a cuidados de reabilitação respiratória como cita Rodrigues (ONDR, 2016) “uma intervenção multidisciplinar, abrangente, baseada na evidência, dirigida aos doentes com patologia respiratória crónica sintomáticos e com limitação nas atividades de vida diária”. Em 2013, a American Thoracic Society e a European Respiratory Society definiram Reabilitação Respiratória (RR) como “a intervenção abrangente baseada numa avaliação minuciosa do doente, seguida de terapias personalizadas (que incluem, mas não se limitam, a treino físico e educação para a saúde) e de mudanças de comportamento desenvolvidas para melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica e para promover a adesão a longo termo a comportamentos promotores da saúde”.

A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a pessoa com doença respiratória crónica, sintomática e, frequentemente, com limitações na



Neuza Reis

Especialista em enfermagem de reabilitação
Serviço de Pneumologia Hospital de Santa Marta, CHLC

execução das suas actividades de vida diária (AVD). Integrada no tratamento individualizado da pessoa, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença (DGS, 2015).

A evidência científica disponível mostrou que a RR, como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a dispneia e a qualidade de vida da pessoa. Através da RR, minimizam-se efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular, associadas à DPOC. A RR reduz os custos de saúde associados às

exacerbações, à limitação da atividade e à participação social.

A componente referente ao exercício físico tem sido referida como elemento fulcral na melhoria da resistência física, dispneia e qualidade de vida (Lacasse et al., 2007 citado por Fastenau et al., 2014, p.2). O programa de reabilitação engloba a avaliação da pessoa, educação sobre a doença, impacto na sua vida, opções de tratamento e estratégias de *coping*, apoio nutricional, suporte psicológico e exercício físico.

A Direção Geral da Saúde, em 2015, ao constituir as normas de reabilitação respiratória, delineou o programa de treino pelo exercício com os seguintes pontos: treino endurance dos membros (marcha e/ou bicicleta); treino de endurance intervalado dos membros;

e treino ao esforço com resistência.

Considera-se treino de endurance dos membros o treino que envolve grandes massas musculares com exercícios de moderada intensidade, por um período relativamente longo, utilizando a marcha e a bicicleta. No internamento hospitalar é utilizada a marcha e a pedaleira.

Quando se fala em treino de endurance intervalado dos membros considera-se os mesmos exercícios que envolvem as grandes massas musculares com intensidades variáveis, intercalando períodos curtos de elevada intensidade, seguidos de períodos de baixa intensidade. Habitualmente estes exercícios têm uma melhor tolerância e são usados na pessoa com capacidade física mais diminuída.

Por último, o treino ao esforço consiste na realização de exercícios com resistência recorrendo a pesos e/ou alteres.

A associação do treino de endurance e do treino de força é a estratégia mais adequada, dado que melhora a disfunção periférica da pessoa com DPOC, melhora significativamente a força muscular e a endurance, sem recorrer a um aumento de treino de exercício.

Quando se estabelece o programa de reabilitação respiratória deve ter-se em conta as particularidades de cada pessoa, considerando todas as suas alterações próprias da doença e as suas limitações. A estratégia deve motivar para o exercício físico, diminuir as

tendências para a ansiedade ou depressão, controlar os sintomas respiratórios e melhorar a função cardiovascular.

Associada ao programa de exercício é de extrema importância considerarmos as técnicas de conservação de energia e de controlo da dispneia que tem como finalidade o controlo sintomático e diminuição do seu impacto nas atividades de vida diária.

Ao longo dos anos os programas de treino têm sido amplamente estudados, quer no ambulatório, quer no domicílio ou no meio hospitalar. São propostos, executados e avaliados. Assim, durante o treino deve-se avaliar os sintomas. A dispneia, sendo subjetiva, carece de uma autoavaliação na qual se utiliza a escala de “Borg”, orientadora na avaliação da fadiga e dispneia durante e após treino.

A avaliação da capacidade funcional é efetuada através de provas de esforço cardiopulmonar (PECP) e a prova de marcha dos 6 minutos. Consegue-se identificar as causas de intolerância ao esforço e identificar com precisão os exercícios durante o programa de reabilitação. São importantes quer na avaliação inicial, na implementação e na avaliação final do programa de reabilitação.

Por fim, deve ser avaliada a qualidade de vida relacionada com a saúde. Embora o questionário mais indicado seja o “Saint George’s Respiratory Questionnaire”, em meio hospitalar utiliza-se o Euro Qol, embora seja pouco específico. Insere-se no programa de reabilitação respiratória com Ventilação Não Invasiva (VNI) a pessoa com DPOC severa (III e IV), em que o exercício físico pode ser de difícil desempenho devido a dispneia extrema, diminuição da força muscular e fadiga, hipoxémia acentuada e dispneia a pequenos esforços.



Quando se estabelece o programa de reabilitação respiratória deve ter-se em conta as particularidades de cada pessoa, considerando todas as suas alterações próprias da doença e as suas limitações

Aumentar os níveis de atividade física é de extrema importância, apresentando bons resultados a longo prazo. O Oxigénio de Longa Duração (OLD) e a Ventilação Não Invasiva (VNI) têm sido cada vez mais usadas em combinação com o treino de exercício, sobretudo na pessoa com DPOC severa (III, IV) com indicação para manter esta terapêutica no controlo da doença.

A VNI é uma forma de suporte ventilatório, (sem entubação orotraqueal ou sem traqueostomia) que, através

de interfaces não invasivos, diminui o trabalho respiratório, melhora as trocas gasosas, a função dos músculos respiratórios e a dispneia (Holland et al, 200), surgindo cada vez mais como recurso durante o exercício nos programas de reabilitação, permitindo que a pessoa com dispneia intensa e persistente consiga cumprir o programa de reabilitação.

A VNI, quando utilizada como aliada no programa de reabilitação, baseia-se no princípio que envolve a diminuição do recrutamento dos músculos

inspiratórios, aumenta a tolerância ao exercício, pode reduzir a fadiga músculo-esquelética, melhorar o desempenho muscular respiratório, melhorar a sua capacidade funcional e consequentemente melhorar a qualidade de vida.

A norma de orientação clínica Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACCVPR Evidence Based Clinical Practice Guidelines (2007) não enfatiza a indicação de VNI em exercício, salientando, à data, as limitações dos estudos existentes. Contudo, a maior parte dos trabalhos científicos da última década demonstram que o treino cardio-respiratório é de extrema importância para a pessoa com DPOC, destacando o papel adjuvante que a VNI assume nestes programas de reabilitação.

Um estudo apresentado por Dreher M. et al (2015) mostra a importância do programa de reabilitação com VNI durante o exercício físico. A combinação da VNI com o Programa de Reabilitação (PR) apresenta benefícios significativos nas distâncias percorridas na marcha, controle de sintomas como o alívio da dispneia, melhoria dos parâmetros inflamatórios,

contribuindo para a manutenção dos níveis de atividade física com impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde.

A evolução nos ventiladores e interfaces contribuiu para uma maior amplitude ventilatória, com múltiplas possibilidades de optimização dos parâmetros, com baterias externas e internas, facilitando a mobilidade da pessoa.

Durante os programas de reabilitação o uso de VNI tem-se mostrado benéfico durante o exercício, ainda com resultados diferentes consoante as estratégias ventilatórias, procurando adaptá-las de forma a melhorar a capacidade de exercício na pessoa com DPOC. Quando utilizamos a VNI como recurso deve-se contar com a permanente presença do enfermeiro de reabilitação e o aumento do tempo de tratamento, dado que a sua utilização necessita de orientação do padrão respiratório diagramático. Durante o PR, algumas pessoas podem respirar pela boca, pelo que recomendamos a utilização de máscara facial ou um bocal.

A utilização da VNI durante o programa de reabilitação permite incluir todas as pessoas, mesmo as que seriam excluídas por apresentar hipercapnias acentuadas.

Ao estabelecermos o programa de reabilitação diário da pessoa com DPOC com base na evidência, os resultados na prática vão ao encontro dos estudos efetuados.

Optamos por treinos combinados, endurance (intervalados ou não) e treino de força, sendo esta a estratégia mais adequada e recomendada.

Assim, no treino de endurance em que utilizamos a pedaleira, constata-se uma melhor tolerância ao exercício, com o aumento do tempo efetuado durante o treino. A pessoa que, no início do internamento, não conseguia efetuar marcha no

corredor, com o uso da VNI durante o programa de reabilitação não só inicia a marcha como consegue aumentar a distância percorrida. Indo ao encontro dos resultados apresentados por Fraga et al (2011) e Hull et al (2006), em que mostram a optimização de desempenho da pessoa com DPOC destacando o aumento da distância percorrida nos testes de caminhada de 6 minutos e melhoria na tolerância ao esforço. Estes resultados são um bom indicador de melhoria da pessoa.

Quando associamos treino de esforço com resistência (pesos e alteres) ao treino de endurance mantemos a nossa satisfação perante os objetivos atingidos. A VNI permite

aumentando os minutos na pedaleira utilizados durante o programa de endurance. No exercício de força, treino dos membros superiores, a utilização da VNI permite a utilização e o aumento gradual de carga em cada sessão (Carvalho et al, 2012)

Porszasz et al (2013) e Menadue et al (2014) salientam como vantagens da utilização da VNI a diminuição do trabalho respiratório, o aumento da tolerância ao esforço e diminuição da sensação da dispneia, permitindo aumentar a intensidade do treino. Borghi Silva et al (2005) refere que a utilização do BIPAP aumenta a tolerância ao exercício, mantém a oxigenação e reduz

esforço e padrão ventilatório. Dreher et al (2015)

A VNI pode e deve ser utilizada também como medidas de técnica de conservação de energia inserindo nas AVD, como autocuidado: higiene e vestuário, o uso do sanitário, promovendo assim a autonomia e independência da pessoa.

Em consonância com os resultados científicos reparo a influência positiva da VNI durante o exercício, independentemente do tipo de programa de treino instituído. A VNI beneficia a pessoa com DPOC na realização de exercícios, quer na resposta aguda como na resposta crónica mesmo quando se apresentam eupneicos. Ao elaborarmos o programa de reabilitação com VNI como coadjuvante devemos ter em conta o rácio 1:1, as dificuldades na adaptação da pessoa à VNI pelo desconforto na utilização dos interfaces e a existência de aparelhos portáteis e fáceis de utilizar na prática de exercício.

Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, de forma a dar resposta aos maiores desafios indo ao encontro dos principais objetivos da pessoa cuidada. O enfermeiro especialista é autónomo na prestação de cuidados, na tomada de decisão e na prescrição de intervenções direcionadas aos utentes, famílias, comunidades e populações após uma avaliação objetiva, real e direcionada aos problemas previamente identificados. Esta concepção é apoiada pela OE (2007) ao referir que o “enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados com uma prática baseada na evidência”.

Cabe ao enfermeiro
especialista em
enfermagem de
reabilitação conceber,
implementar e
monitorizar planos
de enfermagem de
reabilitação diferenciados

cumprir o programa permitindo o controle da frequência respiratória e diminuição da ativação dos músculos respiratórios, mantendo as saturações de oxigénio. A utilização da VNI permite manter e aumentar a intensidade do treino otimizando os resultados pretendidos. Constata-se que a pessoa gradualmente aumenta a tolerância ao esforço. Apresentando ganhos na marcha, aumentando o percurso a efetuar com menos dispneia, diminuído a dispneia de 6 para 3 na escala de Borg. Conseguir de dia para dia ir

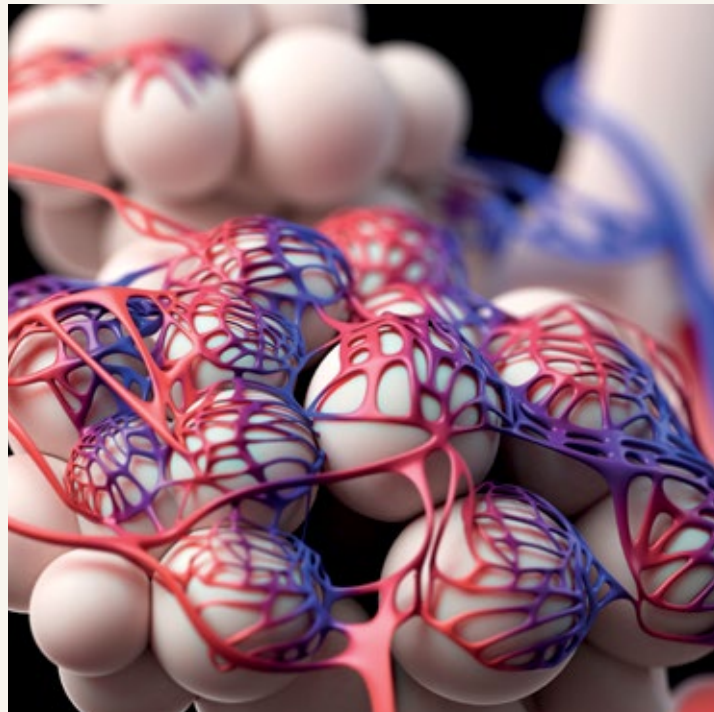
a dispneia. Costa et al (2006) acrescenta que o BIPAP melhora o desempenho muscular respiratório e a tolerância ao exercício físico.

Quanto aos benefícios na clínica, verifica-se que a hipoxia pode ser evitada durante o treino com VNI, mantendo os níveis de saturações estáveis para a pessoa. Da mesma forma se é expectável que durante o exercício haja um aumento de hipercapnia, quando estes são efetuados com VNI os valores de PaCO₂ podem ser mantidos sem alterações significativas, pela diminuição do

rio (TMI). Os objetivos deste tipo de programa terapêutico prendem-se com o aumento e/ou manutenção da força, resistência e coordenação dos músculos respiratórios, melhoria da ventilação alveolar, diminuição da dispneia e aumento da tolerância ao esforço. O TMI foi pela primeira vez apresentado em 1980 para a prevenção e tratamento do que agora é conhecido como disfunção diafragmática induzida pelo ventilador. Mais recentemente, em 2011, novas evidências sugerem que o TMI é facilitador do desmame e reduz o tempo de internamento. A European Respiratory Society e a European Society of Intensive Care Medicine recomendam o seu uso a doentes que falharam o desmame da ventilação, bem como àqueles com fraqueza dos músculos inspiratórios. O treino muscular inspiratório deverá ser parte de um programa global de reabilitação, apesar de não dever ser aplicado rotineiramente, existem grupos de doentes que poderão beneficiar com sua aplicação.

Os benefícios do TMI vão mais além do que o simples aumento da força muscular, contribuindo para a redução dos níveis de lactato, bem como a redução do metaborreflexo dos músculos inspiratórios, reduzindo a vasoconstrição nos músculos dos membros inferiores, permitindo uma melhor tolerância ao exercício.

A literatura descreve diferentes tipos de treino muscular respiratório em doentes que requerem ventilação mecânica invasiva prolongada. Estes incluem isocapnica hiperpneia, dispositivos de resistência linear (como o Threshold® IMT e Powerbreathe®) ou ailinear



O treino muscular inspiratório deverá ser parte de um programa global de reabilitação, apesar de não dever ser aplicado rotineiramente, existem grupos de doentes que poderão beneficiar com sua aplicação

e ajustamento da sensibilidade da pressão ventilatória. Este último encontra-se em desuso, não demonstrando resultados positivos. Já no caso de dispositivos de resistência linear, estes demonstraram benefício no ganho de força muscular e na diminuição do tempo de desmame. Estes dispositivos têm ainda como

vantagem o maior controlo da carga inspiratória administrada, porque fornecem uma carga específica, a resistência mensurável é constante no ciclo respiratório e é independente da frequência respiratória, ao contrário dos dispositivos de resistência ailinear, que dependem do fluxo inspiratório gerado pelo doente.

O treino com os dispositivos de resistência linear em doentes ventilados deve ser iniciado precocemente pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) em doentes com fraqueza muscular respiratória, com estabilidade hemodinâmica, ventilados em pressão de suporte com valores de PEEP < 10 cmH₂O e com fiO₂ < 60%, com Escala de Rass entre -1 e 0. Após a primeira avaliação da PIMáx, inicia-se o treino com 30% a 40% da carga da PIMáx sendo bidiária, com incremento diário de 10% à carga base de acordo com a tolerância. A reavaliação da PIMáx é importante para se monitorizar a eficácia do treino.

Concluindo, importa lembrar que a maior parte dos doentes internados em cuidados intensivos são submetidos a ventilação mecânica invasiva e esse suporte respiratório é responsável pela acentuada perda de força muscular dos músculos inspiratórios, condicionando, desta forma, o desmame ventilatório e potenciando o aumento de infeções associadas os cuidados de saúde, o tempo de internamento e consequentemente a morbi-mortalidade. Torna-se, assim, importante o EEER propor estratégias para restaurar a função dos músculos respiratórios, de modo a minimizar os efeitos delatários da ventilação mecânica invasiva. O TMI surge como uma estratégia terapêutica eficaz para doentes que falhem o desmame ventilatório ou naqueles que se preveja que tenham um desmame difícil devido à fraqueza muscular.

Bibliografia:

Schellekens, W. et al. (2016). Strategies to optimize respiratory muscle function in ICU patients: Critical Care. 20: 103.

A enfermagem em medicina do viajante

O

O turismo é uma valiosa fonte de sustento para milhões de pessoas, é também porta de entrada para uma maior perceção do mundo, além das fronteiras, das raças ou crenças. As viagens internacionais têm vindo a ter grande aumento, sendo cada vez maior o número de pessoas que se desloca para os variados destinos, por motivos profissionais, recreativos ou humanitários, entre outros. Segundo a ONU, 2017 será o ano internacional do turismo sustentável para o desenvolvimento, oportunidade única para o turismo ser prioridade global e nacional, sendo um elemento valioso para os esforços no avanço do crescimento da economia, da cultura, da proteção ambiental, além de mútua compreensão e paz.

Por isso, os viajantes passarão a ser uma parte da comunidade que necessita de cuidados diferenciados. A viagem expõe o indivíduo a novas experiências e a novos estímulos culturais, psicológicos, físicos, fisiológicos, emocionais, ambientais e até microbiológicos. Os riscos associados aos viajantes prendem-se pelas características individuais (idade,

género, estado de saúde, personalidade, comportamento, cultura, estatuto social e educação) e pela viagem em si (destino, clima, altitude, luz solar, higiene, mosquitos, poluição, segurança, objetivo e duração da viagem).

A medicina do viajante pretende dotar o viajante de informação sobre prevenção de doenças e alterações de saúde, além de promover a saúde, o respeito pelas populações, culturas e ambiente das regiões a visitar. É uma medicina de prevenção, integrada nos cuidados de saúde primários, e os profissionais envolvidos nesta área devem ajudar na prevenção de doenças não infecciosas e infecciosas, contribuindo para a diminuição da morbilidade/mortalidade dos viajantes.

No site do Serviço Nacional de Saúde existe informação detalhada sobre todos os centros de vacinação internacional/consultas do viajante, desde o horário de funcionamento, contactos telefónicos ou via internet – existem 39 consultas/centros de vacinação internacional no continente e regiões autónomas, com número de médicos e enfermeiros variável. A medicina do viajante tem sido praticada por médicos especialistas de infeciologia, medicina tropical, medicina interna, medicina geral e familiar além de saúde pública e por enfermeiros generalistas ou com especialidade como saúde comunitária/pública. Uma formação especializada em medicina do viajante é fundamental



Celine Machado

Enfermeira na Unidade de Transplantes, Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Mestranda do Mestrado em Saúde Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa

para a prática clínica. Em Portugal não há uma especialidade em medicina do viajante ou obrigação académica associada a qualquer licenciatura de saúde. Na enfermagem (embora a especialidade de saúde pública ou comunitária possa preparar para esta prática), não existe nenhuma guideline nacional relacionada, mas existem formações pós-graduadas providenciadas por instituições universitárias.

Em Portugal, a enfermagem tem uma forte ligação à medicina do viajante, principalmente na área da vacinação internacional. Muitas vezes é só esta a função do enfermeiro na consulta do viajante, decorrendo da vacinação após a consulta médica. Existem neste momento vários desafios associados à medicina do viajante em Portugal por não ser uma especialidade individual ou competência reconhecida nos profissionais de

saúde ligados à área, além de não ter um desenvolvimento académico regulado e coerente, a inexistência de uniformização a nível da consulta, dos ensinamentos e aconselhamentos, da vacinação e da medicação de profilaxia. Aguarda-se o desenvolvimento destes aspetos com a Sociedade Portuguesa de medicina do viajante.

A saúde do viajante é um tema pouco desenvolvido na enfermagem, a vacinação internacional é um aspeto importante e pertinente, mas nem só de vacinação se faz a Enfermagem. O papel da equipa de enfermagem pelas suas competências deveria ser mais ativo e participativo na preparação da viagem, pois está ligada à saúde comunitária e à saúde pública, tanto nos ensinamentos como na transmissão de informação, dadas as aptidões adquiridas ao longo da licenciatura relativamente aos cuidados à comunidade.

DPOC - O QUE MUDOU GOLD 2017

A

A DPOC continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, prevendo-se que venha a constituir a 3.^a causa em 2030.

Tendo em conta este facto e a vasta investigação nesta área com um crescente desenvolvimento de novos fármacos, sobretudo broncodilatadores, quer em monoterapia quer em associação de dose fixa, as recomendações da iniciativa GOLD sofrem atualizações anuais, destacando-se neste texto as últimas novidades da última atualização de 2017. Na definição da DPOC foi incluído o impacto dos sintomas respiratórios, os quais muito frequentemente não são valorizados pelo doente, e o papel das alterações estruturais das vias aéreas e do pulmão no desenvolvimento da DPOC, com a inclusão da interação de factores do hospedeiro e a exposição ambiental.

A classificação das categorias ABCD da DPOC foi simplificada, devendo-se ter apenas em consideração parâmetros clínicos, como os sintomas e os antecedentes de exacerbações. Assim, os doentes serão divididos em mais sintomáticos (B e D) ou menos sintomáticos (A e C), e não exacerba-



Paula Pinto

Pneumologista do Centro Hospitalar Lisboa Norte
Professora da Faculdade de Medicina de Lisboa

dores (A e B) ou exacerbadores (C e D).

A espirometria é utilizada para o diagnóstico da DPOC e para classificar a gravidade da obstrução das vias aéreas em ligeira (Gold I), moderada (Gold II), grave (Gold III) ou muito grave (Gold IV).

A última atualização das recomendações GOLD apresenta um modelo de abordagem terapêutica personalizada da DPOC assente apenas em dois binómios: sintomatologia e história de exacerbações no último ano. É ainda inovadora, propondo esquemas para o início da terapêutica, mas também para as reavaliações subsequentes, tendo em conta a persistência dos sintomas e/ou aparecimento de exacerbações sob a terapêutica prescrita.

Ao nível do tratamento farmacológico, as escolhas refle-

tem já a reconhecida superioridade da associação LAMA (anticolinérgico de longa ação)/LABA (β_2 - agonista de longa ação) comparativamente à monoterapia na melhoria da broncodilatação, redução da sintomatologia e das exacerbações. Expressa ainda a evidência recente da superioridade da associação LAMA/LABA na prevenção das exacerbações quando comparada com a associação LABA/ICS (corticoesteróides inalados). A terapêutica inicial dos doentes GOLD B deve consistir num broncodilatador de longa ação. No entanto, se os doentes se apresentarem logo de início com dispneia acentuada, o tratamento deve ser iniciado com dupla broncodilatação (associação LABA/LAMA). De igual forma, se os sintomas persistirem sob mo-

noterapia, está recomendada a utilização de dupla broncodilatação.

Os doentes GOLD C deverão iniciar terapêutica com LAMA, e se se verificarem exacerbações deverão passar para dupla broncodilatação.

Nos doentes GOLD D, o tratamento deve ser iniciado com a associação LABA/LAMA, e se persistirem exacerbações ou sintomatologia sob este regime terapêutico deverão então ser associados corticoides inalados.

Continua a reforçar-se que os ICS não devem ser usados em monoterapia (ao contrário do que acontece na asma) e a sua utilização deve ser cada vez mais criteriosa, tendo em conta um potencial risco das pneumonias, dado que os corticosteróides estão associados a imunossupressão.

A terapêutica com corticosteróides associada a broncodilatadores está atualmente reservada apenas para doentes exacerbadores frequentes (GOLD C e D) não controlados com broncodilatadores e na síndrome de sobreposição asma/DPOC (ACOS).

Tendo em conta a enorme variedade de inaladores, é dado um grande ênfase à importância do ensino da técnica inalatória na promoção da adesão à terapêutica.

Assim, a terapêutica da DPOC deve ser cada vez mais personalizada, tendo em conta as características individuais do doente, nomeadamente sintomatologia, nível de exercício físico, a presença de exacerbações e ainda de co-morbilidades.

Literacia em saúde no doente respiratório crónico



A

A literacia em saúde (LS) é um termo muito utilizado recentemente, contudo é um fenómeno complexo. O seu conceito e avaliação têm evoluído ao longo das duas últimas déca-

das, respondendo às mudanças da sociedade, à exigência dos cuidados e serviços de saúde. Têm surgido diferentes definições e perspetivas, dependendo do contexto e do objetivo pretendido⁽¹⁾, traduzindo a complexidade do seu constructo e do seu carácter estático ou dinâmico.

A LS não é simplesmente literacia. Requer um conjunto complexo de competências de leitura, cálculo, audição, reflexão, análise crítica e tomada de

A literacia em saúde (LS) é um termo muito utilizado recentemente, contudo é um fenómeno complexo

decisão. Estas capacidades individuais são necessárias para compreender o conteúdo de um folheto informativo de um medicamento, uma prescrição terapêutica, panfletos de educação para a saúde, orientações dos técnicos de saúde, formulários de consentimento informado, entre outros.

Para além destas, necessita também de saber procurar e avaliar a informação, aplicá-la em situações de saúde e funcionar adequadamente em ambientes de cuidados de saúde⁽²⁻³⁾.

Estas capacidades individuais intimamente relacionadas com a LS podem manter-se relativamente estáveis ao longo do tempo, embora possam melhorar com programas educacionais ou diminuir devido aos processos de envelhecimento ou patológicos que deteriorem a função cognitiva⁽⁴⁾.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a doença respiratória crónica mais prevalente em todo o mundo, com grande impacto na sociedade e no quotidiano, contribuindo para uma maior utilização dos recursos e gastos em cuidados de saúde⁽⁵⁾.

À medida que o compromisso respiratório se agrava, pela presença de hipoxemia e hi-

percapnia, bem como das situações de depressão e ansiedade, surgem as dificuldades de raciocínio abstrato, de memorização, de concentração e de coordenação motora para tarefas simples⁽⁶⁻⁷⁾. O regime terapêutico complexo e de longa duração exige que estas pessoas tenham competências cognitivas e instrumentais para controlar a sua doença, adaptar-se às limitações e manusear adequadamente os

equipamentos necessários. Assim, esse compromisso pode influenciar a capacidade de compreensão da informação verbal (oral e escrita), de aprendizagem e de tomada de decisão⁽⁸⁾, dificultando a adesão e os benefícios do regime terapêutico e recorrendo a mais cuidados de saúde.

São escassos os instrumentos específicos para a avaliação e medição da LS em contextos médicos e de prestação de

cuidados de saúde⁽⁹⁾, sendo o TOFHLA o mais utilizado neste contexto. Permitiu avaliar a literacia funcional em saúde (LFS) no adulto com DPOC, sendo o nível adequado o mais representativo neste estudo. Também permitiu verificar quais são as questões de maior dificuldade de resposta adequada sobre tarefas muito específicas relacionadas com regime terapêutico, direitos e deveres e assistência em saúde. Podemos concluir para este estudo que a interação da pessoa com DPOC com o ambiente de cuidados de saúde e as experiências adquiridas por meio do contacto prolongado podem promover a LS, melhorando a compreensão e o conhecimento do próprio estado de saúde, bem como o desenvolvimento de competências para gerir, tomar decisões, utilizar a informação básica e os serviços de saúde necessários e adequados a esses cuidados. Contudo, esta pode ser confundida com a familiaridade das pessoas com o sistema de cuidados de saúde. Isto é, uma pessoa com uma doença crónica e pior capacidade funcional pode ter um nível de LS mais elevado do que seria esperado com base no seu nível de escolaridade⁽¹⁰⁾.



Cristina Saraiva

Prof.ª Adjunta
Escola Superior de Enfermagem
de Lisboa

Referencias bibliográficas:

1. Berkman ND, Terry CD, McCormack L. Health Literacy: what is it? *J Health Commun.* 2010;15(S2):9-19.
2. Department of Health and Human Service (U.S). Healthy people 2010 final review. Washington DC: US Government Printing Office; 2012 [cited 2015 Jun 6]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hpdata2010_final_review.pdf
3. Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction. In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Selden CR, editor; , Zorn M, editor; , Ratzan SC, editor; , Parker RM, editor. , Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.p.17-28
4. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000 Nov;55(6):S368-74.
5. European Respiratory Society. The European Lung White Book [Internet]. Sheffield; 2013. Chapter 1, The burden of lung disease; [cited 2015 July 8]. Available from: <http://www.erswhitebook.org/>
6. Roberts NJ, Ghiassi R, Partridge MR. Health Literacy in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2008;3(4):499-507.
7. Esmond G, editor. *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência; 2005.
8. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2013 Feb;10(1):72-8.
9. Mancuso MJ. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci.* 2009;11(1):77-89.
10. Parker R. Health Literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int.* 2000;15(4):277-83.



Confiança na Experiência



Melhoramos a qualidade de vida dos nossos pacientes

Oxigenoterapia

Ventiloterapia

Tratamento da Apneia do Sono

Aerossolterapia

A maior rede internacional de cuidados no domicílio

GRÁTIS 800 201 550

24 horas por dia, 7 dias por semana



VITALAIRE REFORÇA REDE DE CENTROS DE APOIO

Mais apoio e serviço para doentes com patologia respiratória crónica

O

O apoio e assistência complementar a doentes com patologia respiratória crónica, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Insuficiência Respiratória Crónica ou a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), deve hoje em dia responder a determinadas características e necessidades que são decorrentes do evoluir dos tempos. Os doentes atuais são cada vez mais ativos e procuram uma melhor qualidade de vida, de forma a prosseguirem as suas vidas sem sucumbir a eventuais constrangimentos criados pelo seu quadro clínico. Às empresas que prestam serviços nessa área exige-se conveniência, conforto e comodidade.

Ciente dessa realidade, a VitalAire, presente nos Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal há mais de 30 anos, inaugurou em março, junto ao Hospital Distrital de Santarém, um novo Centro de Apoio e Assistência em Cuidados Respiratórios Domiciliários – o EspaçoVital.



Neste espaço, a equipa de Profissionais de Saúde está disponível para apoiar, de forma gratuita, o doente na terapia prescrita, nomeadamente, na formação e explicação sobre a correta utilização dos equipamentos e respetivos interfaces - máscaras, humidificadores, entre outros -, logo após a consulta ou antes da consulta marcada.

A inauguração do novo espaço enquadrou-se nas comemorações do Dia Mundial do Sono: estima-se que meio milhão de portugueses sofra de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), que pela sua prevalência e consequências clínicas, nomeadamente as de natureza cardiovascular, é atualmente considerada um problema de saúde pública.

Os doentes atuais são cada vez mais ativos e procuram uma melhor qualidade de vida

Para Jorge Correia, Diretor Geral da VitalAire, “a decisão de abrir este Centro em Santarém, a par dos existentes no Porto, Santa Maria da Feira e Faro, prende-se com o facto da VitalAire querer estar onde é necessária e prestar o melhor apoio possível aos doentes e

familiares”. Espanha conta já com uma rede de espaços similares, demonstrando assim a experiência da companhia nestes serviços.

O EspaçoVital funciona todos os dias úteis entre as 09h00 e as 13h00 e as 14h00 e as 18h00.

VACINAÇÃO

Meio século de vitórias, novos desafios para o futuro

C

Comemoraram-se, em 2015/2016, os 50 anos do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Universal e gratuito, é o programa de saúde mais antigo e custo-efetivo do país, com os enfermeiros a desempenharem um papel determinante na prossecução do mesmo.

As vacinas são uma das medidas consideradas mais custo-efetivas em Saúde Pública, pois diminuem significativamente os custos relacionados com hospitalizações, tratamentos, incapacidade, surtos e perda de produtividade. Estima-se que as vacinas tenham ajudado a prevenir mais de 30 doenças infecciosas frequentes e salvado aproximadamente 3 milhões de vidas por ano, em todo o mundo.

Quando, em 1965, a Diretora-Geral da Saúde e outros especialistas decidiram desenvolver em Portugal um programa nacional de vacinação, fizeram-no porque, quando comparado com países desenvolvidos, se constatava que “o panorama epidemiológico das



doenças evitáveis por vacinações específicas, em Portugal Metropolitano, de há muito que nos colocava em situação desprimorosa em relação aos restantes países da Europa” (Zeller, et al, 1968).

Até 1965, a vacinação decorria de forma pouco organizada e com resultados incertos. Todos os anos se verificavam milhares de casos de doença e de morte devidos a infeções evitáveis por vacinas eficazes e seguras.

O Programa foi concebido por uma Comissão de funcioná-

rios da DGS, com a colaboração de um representante do Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos e de outro do Instituto Maternal. O Plano teve vários aspetos em conta, desde o reforço da rede de serviços de saúde que não era a adequada, criando as infraestruturas mínimas necessárias, a monitorização do processo e dos resultados da vacinação, a educação da população e a formação dos profissionais.

Teve início a 4 de outubro de 1965 com uma campanha em

massa de vacinação contra a poliomielite, a chamada paralisia infantil, doença grave e devastadora, motivo de medo e causa de morte ou de sequelas para toda a vida, tornando-se, portanto, “muito temida”. A campanha de vacinação foi precedida de uma “Campanha de Educação Sanitária”. Desde 1965, no âmbito do Programa Nacional de Vacinação, foram vacinadas mais de 7 milhões de crianças, assim como milhões de adultos, com diversas vacinas e diversas doses de cada vacina. Milhões e

milhões de vacinas foram administrados com um perfil de segurança e de qualidade demonstrados. A efetividade das vacinas do PNV está comprovada com o controlo ou mesmo eliminação das doenças alvo de vacinação, como é o caso da poliomielite, difteria, sarampo e tétano neonatal.

Além da mudança no panorama das doenças infecciosas, do contributo para a redução da mortalidade infantil e para o desenvolvimento do nosso país, o PNV português contribuiu também para momentos marcantes na história da humanidade: a erradicação da varíola em 1980 e a eliminação da poliomielite na região europeia da OMS em 2002, quando a Europa foi declarada “polio free”.

O PNV é da responsabilidade do Ministério da Saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa. As vacinas que fazem parte do PNV podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do Programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas.

O Programa é um caso de sucesso: devido à sua solidez, à aceitação dos profissionais, com destaque para os enfermeiros, e à confiança e adesão dos cidadãos que consideram a vacinação um fator importante na proteção da sua saúde e na saúde dos seus filhos.

Os novos desafios da vacinação

Para o pediatra Mário Cordeiro, o Programa Nacional de Vacinação português tem constituído “uma das formas mais eficazes e eficientes de medicina preventiva e muitos milhares de pessoas estão vivas e de boa saúde graças às vacinas e aos vacinadores”. Acrescenta o mesmo médico que “com algumas doenças a desapare-



O Programa é um caso de sucesso: devido à sua solidez, à aceitação dos profissionais, com destaque para os enfermeiros, e à confiança e adesão dos cidadãos

cer - precisamente as que são evitáveis pela vacinação - pode passar a ideia de que já não vale a pena vacinar. Nada de mais errado. É continuando a vacinar que se evitarão essas doenças”, acrescenta este médico.

E este é um dos maiores desafios atuais em matéria de Saúde Pública. O Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças revela que o declínio da vacinação, causado por grupos de pessoas anti-vacinas, originou um aumento da incidência de antigas doenças infecciosas. Doenças como o sarampo e a rubéola, quase extintas, têm regressado agora em novos surtos.



Graça Freitas, subdiretora-geral de Saúde, também tem falado publicamente várias vezes sobre a questão: “Portugal ainda é exceção numa Europa que retrocede anos na luta contra doenças infecciosas pois ainda tem uma boa taxa de cobertura de vacinação, sem casos registados”. Graça Freitas acrescenta que, “este fenómeno de moda de não vacinar, em Portugal tem uma dimensão pequena, por isso não temos tido surtos”. “Se num grupo de dez pessoas uma não estiver vacinada, essa vai beneficiar da imunização das outras”, explica. Mas basta dois ou três anos com uma baixa

cobertura de vacinação para elas reaparecerem.

Explicar os benefícios da vacinação e os riscos da não vacinação são, aliás, duas prioridades da Direção-Geral da Saúde para 2017. É preciso continuar a informar os utentes sobre o que está em causa quando se fala neste tema: a imunização das crianças começa dentro da barriga das mães - com a vacina contra a tosse convulsa - e é para a vida.

Fontes

Portal Direção Geral de Saúde

Portal Ordem dos Enfermeiros

Explicar os benefícios da vacinação e os riscos da não vacinação são, aliás, duas prioridades da Direção-Geral da Saúde para 2017

COMO ATUAM AS VACINAS

As vacinas ajudam a proteger-nos de doenças induzindo de forma muito hábil a imunidade no nosso corpo. As vacinas apresentam ao nosso corpo uma substância inofensiva reconhecível como sendo uma ‘infecção’ – por exemplo, um vírus ou bactéria inativados.

Essa fórmula engana o sistema imunitário e induz o corpo a produzir anticorpos e memória imunológica, que, em seguida, irão conferir proteção se ocorrer a exposição à infecção real. Esta imunidade pode ser mantida durante anos, décadas ou mesmo a vida inteira após a vacinação. O processo de produção de vacinas é complexo e usa microrganismos vivos e isso implica que a produção de uma vacina eficaz e bem tolerada possa demorar cerca de dois anos.

Em vez de tratar as pessoas depois de adoecerem, a vacinação procura estratégias para proteger a saúde das

pessoas e prevenir as doenças, estimulando o sistema imunitário. Esta abordagem está, cada vez mais, a conduzir o futuro da investigação biomédica, em geral, de modo que as vacinas estão bem posicionadas para serem precursoras de um novo tipo de medicina mais eficaz, mais preventiva e mais direcionada. E essa abordagem alinha-se bem com as novas tendências políticas e sociais que favorecem a prevenção de doenças e a gestão da saúde em vez de procurar apenas novos tratamentos.

Além das doenças infecciosas, os investigadores também estão a usar a tecnologia das vacinas na obtenção de melhor prevenção entre populações mais direcionadas. Um dia poderá vir a ser possível estimular o sistema imunitário para controlar ou mesmo parar a propagação de mutações oncológicas, deterioração da Doença de Alzheimer e muito mais.

Um passo em frente na prevenção das infecções respiratórias

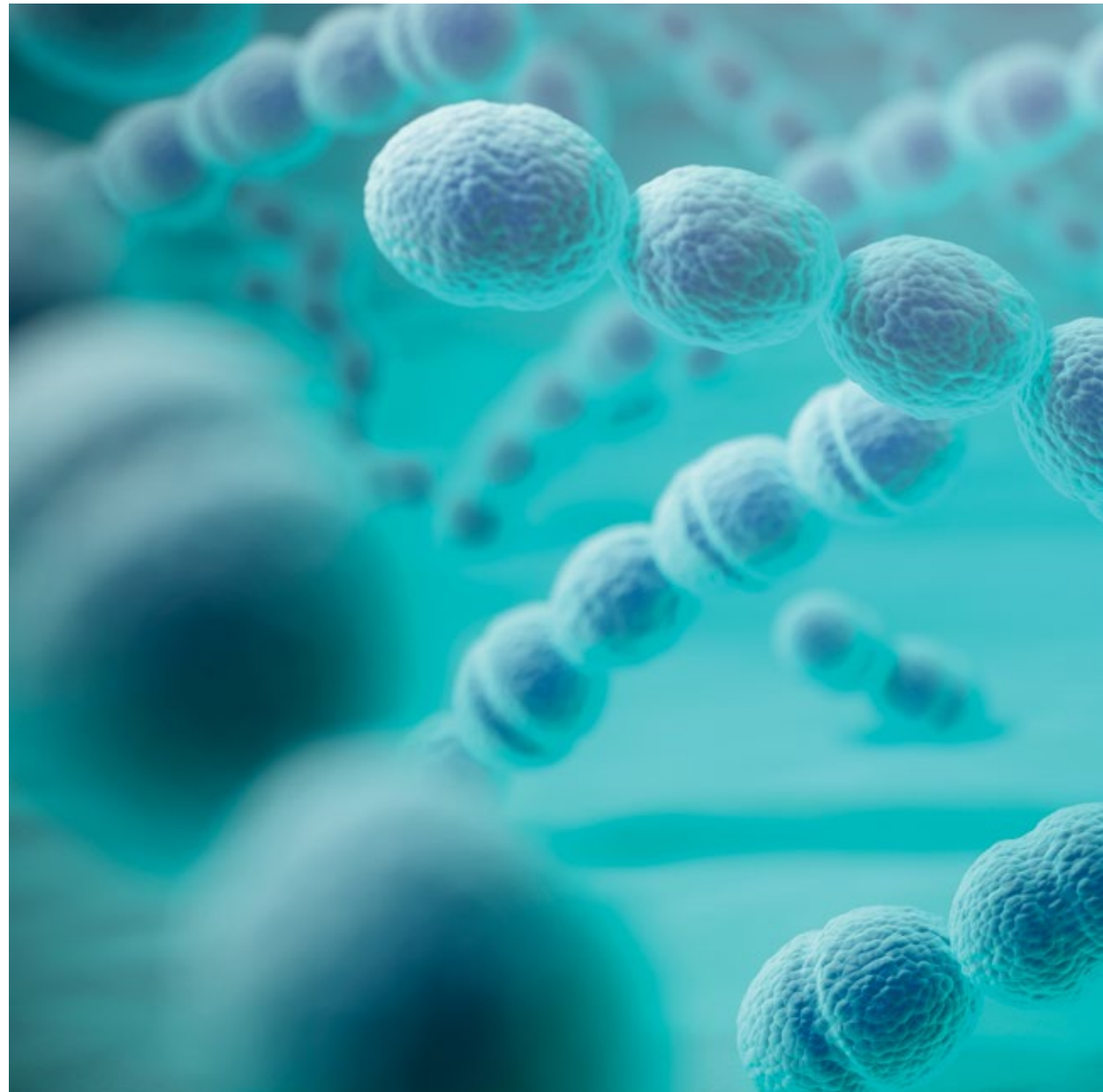
E

Existe uma bactéria responsável por 30% a 50% de todos os internamentos por pneumonias da comunidade, e por outras doenças mais frequentes e associadas à prescrição de antibióticos, como otites e rinosinusites. Pode invadir locais estéreis do organismo (doença invasiva), causando septicémias e meningites. Felizmente, dispomos de uma vacina contra este agente.

Qual é, assim, a melhor maneira de implementar um esquema vacinal do qual a população possa beneficiar?

Esta bactéria, o *Streptococcus pneumoniae* ou pneumococo, encontra-se revestida por uma cápsula polissacarídica. A diversidade destes polissacáridos pode ser usada para definir vários serotipos, contra os quais o organismo consegue organizar uma resposta imunitária específica. Contudo, existem mais de noventa serotipos, sendo que uma minoria é responsável pela quase totalidade da doença no ser humano; torna-se necessário que esses serotipos mais prevalentes se encontrem numa vacina, para ser eficaz.

Considerando que a doença invasiva afeta sobretudo ido-



so, indivíduos com imunidade comprometida e crianças, é indispensável para este último grupo iniciar a vacinação precocemente após o nascimento. Isto constitui um obstáculo no caso da vacina 23-valente (que inclui 23 serotipos) atualmente comercializada, porque na sua presença uma criança até aos

dois anos não consegue organizar uma resposta imune minimamente eficaz.

Dispomos mais recentemente de vacinas em que cada polissacárido é conjugado com uma molécula imunologicamente ativa, promovendo a resposta imune (vacinas conjugadas), e podendo ser administradas a partir

das seis semanas de vida. A mais abrangente inclui 13 serotipos.

Como se constrói, então, o esquema vacinal? No caso das vacinas, não é tarefa fácil, obrigando a ensaios com centenas de voluntários acompanhados durante anos para ser perceptível um efeito a nível da diminuição da morbilidade e



A vacinação antipneumocócica está incluída num conjunto de medidas preventivas contra infeções respiratórias

mortalidade. Assim, é compreensível que a evidência disponível se traduza em esquemas com algumas diferenças. As Normas 008, 011 e 012/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS) operacionalizam a inclusão da vacina conjugada 13-valente no Plano Nacional de Vacinação, anunciam a comparticipação de 15% e a

disponibilização gratuita para grupos de risco num esquema combinado com a vacina 23-valente. Neste esquema, a vacina conjugada é administrada primeiro, podendo a 23-valente ser administrada seis a doze meses depois (pelo menos, oito semanas). Em doentes com vários graus de imunocompromisso, bem

como aqueles em mais elevado risco de presença de *S. pneumoniae* em locais estéreis, é proposta uma segunda administração da vacina 23-valente, pelo menos cinco anos após a primeira.

As Normas 011 e 012/2015 descrevem como se identifica o doente a quem a vacina deve ser administrada gratuitamente: através de declaração médica mencionando que pertence a um grupo de risco, segundo a norma respetiva (a doença não deve ser explicitada).

O Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias (GRESP) avaliou a evidência disponível, e concluiu que a aplicação do esquema já mencionado à generalidade dos adultos imunocompetentes com 65 ou mais anos é benéfica, pelo que também a recomenda neste grupo.

Tanto as recomendações do GRESP como as normas da DGS têm os documentos disponíveis nas respetivas páginas, que convidamos todos a visitar.

Finalmente, é apropriado recordar que a vacinação antipneumocócica está incluída num conjunto de medidas preventivas contra infeções respiratórias: hábitos de vida saudáveis (moderação do consumo de álcool, evicção tabágica e higiene oral adequada), controlo de doenças crónicas (como a diabetes e a doença renal crónica) e equilíbrio nutricional. Inclui também a recomendação da vacinação antigripal; não está excluída uma diminuição da imunogenicidade da vacina conjugada 13-valente no caso de haver administração simultânea, mas é atualmente consensual que não contraindica a administração no mesmo dia, em braços diferentes, o que pode constituir uma oportunidade preventiva a não desperdiçar.

Guilherme Mendes

Especialista em Medicina Geral e Familiar

Membro do GRESP

Suplementação na gravidez

N

No caso de uma gravidez planejada, que cuidados de saúde extra são recomendados à mulher? A suplementação com certos oligoelementos é recomendada neste período?

No planeamento da gravidez é importante orientar a mulher no sentido de efetuar uma revisão do seu estado de saúde orientada para a futura gestação mediante a realização de uma história clínica, de um exame físico, do rastreio do cancro do colo do útero e da pesquisa laboratorial de infeções suscetíveis de causar doença ao futuro bebé, assim como de outros parâmetros laboratoriais, como é o caso da avaliação dos depósitos de ferro e de uma eventual anemia. É também uma oportunidade para efetuar ensinamentos na área da alimentação e motivar para a realização de atividade física regular e adequada à gravidez. A suplementação com ácido fólico e iodo são mandatórias nesta fase. A correção do défice de ferro ou a investigação e tratamento de uma anemia deverão ser corrigidas também nesta ocasião.

E durante a gravidez? Quais os cuidados nutricionais recomendados? (Qual a dieta que deve ser seguida?)

Durante a gravidez deve ser efetuada uma dieta equili-

brada, motivando as nossas grávidas para uma alimentação de tipo mediterrâneo, excluindo o açúcar e o álcool, e incentivando a ingestão de alimentos saudáveis, apelativos e variados - vegetais, sopas, peixe (sobretudo peixes pequenos, porque os peixes maiores contêm níveis mais elevados de metais pesados), carne, ovos e laticínios, conforme surgem na roda dos alimentos, e promover a realização de diversas pequenas refeições ao longo do dia. É importante incentivar à ingestão de água regularmente. Também é essencial ensinar a grávida a proteger-se da toxoplasmose e a promover cuidados de higiene pessoal.

A grávida deve fazer suplementação? (mesmo que a sua alimentação seja variada e equilibrada)

Mesmo que a alimentação seja variada e equilibrada é



João Mairos

Ginecologista. Obstreta Hospital das Forças Armadas - Pólo de Lisboa

mandatória a suplementação com ácido fólico (é fundamental começar pelo menos 2 meses antes da gravidez) e com iodo (exceto se a grávida sofrer de doença da tiroide). A suplementação com ferro é também necessária, porém em função da avaliação da sua condição laboratorial. A partir do final do primeiro trimestre da gravidez é recomendada a suplementação universal com ferro, nos casos em que não há estudo laboratorial prévio e na ausência de contraindicação para esta suplementação.

Que problemas de saúde podem advir da falta de nutrientes neste período da vida da mulher?

Podem ocorrer defeitos de encerramento do tubo neural (como por exemplo a espinha bífida) associados à falta de suplementação com ácido fólico, podem ocorrer

doenças mentais e do desenvolvimento secundárias às doenças causadas pela falta de iodo e podem ocorrer anemias maternas graves e parto pré-termo, associados à falta de suplementação com ferro.

Que sintomas se associam à falta de micronutrientes durante a gravidez? Quais os sinais de alerta a ter em consideração?

Podem ocorrer sintomas como apatia ou baixo rendimento no trabalho da grávida associadas à falta de ferro. Pela mesma razão os recém-nascidos podem nascer com baixo peso, por exemplo.

Quais as vantagens da suplementação para a grávida e para o feto?

As vantagens são a prevenção das doenças da falta de encerramento do tubo neural associadas à suplementação com ácido fólico, a prevenção das doenças mentais e do desenvolvimento associadas à suplementação com iodo e por exemplo as anemias maternas e baixo peso do bebé à nascença associados à falta de suplementação com ferro.

Após o nascimento, no período de amamentação, existem requisitos nutricionais especiais? (A grávida deve continuar a fazer suplementação?)

A grávida deve continuar a fazer a suplementação com iodo e com ferro e eventualmente ácido fólico, durante o período da amamentação.



Yodafar[®]
iodeto de potássio

Gerar com Saúde faz nascer sorrisos

Preconceção
Gravidez
Aleitamento



1 comprimido x dia

Durante a gravidez a carência de IODO pode comprometer o desenvolvimento cognitivo nas crianças (ou na descendência)¹⁻⁴

Medicamento sujeito a receita médica

Bial

YODAFAR 200 microgramas comprimidos e 300 microgramas comprimidos, contendo 262 ou 393 microgramas de iodeto de potássio, equivalente em cada comprimido, a 200 ou 300 microgramas de iodo. **Indicações terapêuticas:** Adultos: correção de deficiências nutritivas: Gravidez e Aleitamento: correção de deficiências nutritivas e prevenção de defeitos do tubo neural e de distúrbios neurológicos do feto. **Posologia e modo de administração:** Adultos: 120-150 microgramas/dia. Gravidez e aleitamento: 200-300 microgramas/dia. Não é adequado para crianças com menos de 12 anos de idade. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos outros excipientes. Bronquite aguda. Hipertiroidismo sintomático. Hipertiroidismo latente se a dose for superior a 150 microgramas/dia. Adenoma da tiroide. Insuficiência renal. **Advertências e precauções especiais de utilização:** O iodo urinário deve ser usado para avaliar o grau de carência em iodo bem como monitorizar e avaliar a sua correção. A quantidade adequada de iodo na dieta deve ser de, pelo menos, 150-300 microgramas por dia. O iodeto de potássio deve ser usado com precaução, no início do tratamento. Doentes que sofram de vasculite hipocomplementémica, bócio ou doença autoimune da tiroide apresentam risco de sofrer efeitos indesejáveis, consequentes da administração de iodo. Deve-se tomar especial precaução ao iniciar o tratamento em caso de doença renal, hipercaliémia, bócio ou tuberculose ativa. Deve-se tomar especial precaução se os sais de potássio forem administrados concomitantemente com diuréticos poupadores de potássio, pois pode ocorrer hipercaliémia. Os iodetos podem afetar a glândula da tiroide e, portanto, a administração destes fármacos pode interferir com os testes da função tiroideia. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos secundários pouco frequentes (podem afetar entre 1 e 10 em cada 1000 pessoas) são: bócio, hipertiroidismo e hipotiroidismo, púrpura trombocitopénica trombótica, náuseas e dor abdominal, sabor metálico e aumento de salivação, urticária, angioedema e erupções exantematosas, periarterite fatal, edema (incluindo edema facial e da glote), reações de hipersensibilidade, sinais e sintomas semelhantes à doença do soro: febre, artralgias, crescimento dos gânglios linfáticos e eosinofilia. **Data da revisão do texto:** 11/2012 **Apresentação:** YODAFAR 200 mcg, cx.50 comprimidos; YODAFAR 300 mcg, cx.50 comprimidos **Comparticipação:** Portugal - Yodafar 200 69% (RG);84% (RE); Yodafar 300 (Não participado). Medicamento sujeito a receita médica.

Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: Bialport - Produtos Farmacêuticos, S.A - À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede do Coronado- Portugal • NIPC 504404512
Antes de prescrever consulte o RCM. DIDSAM160713

Ref. Bibliográficas - 1. Haddow JE, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N Engl J Med. 1999;341:549-55. 2. Vermiglio F, et al. Attention deficit and hyper activity disorders in the offspring of mothers exposed to mild-moderate iodine deficiency: a possible novel iodine deficiency disorder in developed countries. J Clin Endocrinol Metab. 2009;89:6054-60. 3. Berbel P, Mestre JL, Santamaría A, Palazón I, Franco A, Graells M, González-Torga A, de Escobar GM. Delayed neurobehavioral development in children born to pregnant women with mild hypothyroxinemia during the first month of gestation: the importance of early iodine supplementation. Thyroid. 2009;19(5):511-9. 4. The Iodine Global Network (IGN). R E P O R T O F T H E I G N M E E T I N G, L O N D O N 2 0 1 6. Disponível em <http://www.ign.org/ukiodinemeeting.htm>. Acedido em 10.11.2016 5. RCM - YODAFAR® 6. Direção-Geral da Saúde. Aporte de iodo em mulheres na preconceção, gravidez e amamentação. Disponível em www.dgs.pt. Acedido em 2016.01.21. **DGS:** Direção-Geral da Saúde. **DDR:** Dose Diária Recomendada.

YO/JAN17/002



FERNANDO DE PÁDUA

“O enfermeiro deve ser um propagandista da medicina preventiva”

Qual o papel do Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva na prevenção das doenças cardiocerebrovasculares?

O Instituto de Cardiologia Preventiva nasceu porque as doenças cardiovasculares são as que matam mais gente. E foi denominado Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva e de Promoção da Saúde porque para melhorar os doentes do coração deve-se medir a tensão, não

Apelidado de pai da medicina preventiva em Portugal, **Fernando de Pádua** tem dedicado a vida à saúde dos portugueses. Em 1979, fundou a Fundação Portuguesa de Cardiologia e, em 1986, o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

Aos 89 anos, as suas lutas continuam a ser as mesmas: o combate ao tabagismo e ao sal e a promoção da alimentação saudável e do exercício físico. Uma divulgação de que não exclui os enfermeiros, tal como os outros profissionais de saúde. A bem do coração dos portugueses.

fumar, ter um estilo de vida mais saudável. As receitas para todas as doenças são estas. O Instituto começou a envolver-se na prevenção cardiovascular, mas também das outras doenças. Era um grupo multidisciplinar.

Como surgiu a ideia de criar o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva?

A minha experiência com o professor Eduardo Coelho, associada ao facto de ter sido

o melhor aluno da Faculdade de Medicina no meu ano, permitiu-me ganhar uma bolsa de estudo da Fundação Rotária Internacional e candidatar-me à Universidade de Harvard. Quando voltei dos Estados Unidos quis desenvolver a cardiologia preventiva, mas não fui bem recebido.

Porquê?

Porque não era comum os médicos dirigirem-se às pessoas saudáveis, para as ajudar a prevenir a doença. No início, ainda falei para a comunicação social mas achei que devia parar e durante alguns anos dediquei-me ao ensino. Só depois de fazer o doutoramento e quando não me podiam acusar de querer protagonismo, é que voltei a dedicar-me à prevenção. No final da década de setenta, fiz campanhas contra a hipertensão com o professor Pereira Miguel. Trouxemos a Portugal três homens, grandes autoridades dos Estados Unidos, da Organização Mundial de Saúde e da Escola de Saúde Pública de Londres, que estiveram em horário nobre da televisão a falar sobre hipertensão e doença coronária, enquanto nós traduzíamos em simultâneo. Como só havia um canal, toda a gente viu aquela entrevista. No dia seguinte, o panorama nacional mudou. As pessoas interiorizaram a mensagem.

Os enfermeiros têm um importante papel na reabilitação dos doentes cardíacos e cerebrovasculares. Qual a sua importância ao longo do processo de tratamento?

O enfermeiro é uma ajuda preciosa, quanto mais souber mais ajuda o médico.

Até digo: o doente quanto mais souber mais ajuda o médico. Ando atualmente até a defender os cuidadores familiares e vizinhos, que recebem como tal.

Com a falta de médicos domiciliários, o ministro está a defender os enfermeiros domiciliários, o que apoio de todo o coração. O problema é que temos falta de enfermeiros nos hospitais, quanto mais para ir a casa. Neste momento, o que precisamos é de cuidadores familiares, porque não há médicos nem enfermeiros suficientes.

Há quem reclame que o Estado ainda vai pagar ao cuidador familiar, mas deste modo tem disponível mais uma cama hospitalar para os outros. Poupa-se a cama hospitalar, a alimentação e paga-se a um cuidador familiar, que não ganha tanto como um enfermeiro. E assim temos enfermeiros para toda a gente. Um enfermeiro para 29 camas é suicidário.

Por onde deve começar a prevenção?

Sal a mais é um dos fatores de risco, tal como gordura a mais, carne em demasia, falta de fruta e vegetais e

o sedentarismo. Devemos fazer exercício todos os dias, pelo menos meia hora a pé. E inibir o tabaco, a causa principal de doença evitável no mundo. Deve-se ostracizar o sal, não por o saleiro na mesa.

Aconselho toda a gente a evitar os elevadores e a subir escadas. O meu serviço no Hospital de Santa Maria ficava no nono andar. Durante 30 anos todos os dias subia a pé. Se cumprirem todas estas coisas e fizerem uma consulta por ano é o suficiente. É a receita do AEIOU: A de alimentação saudável. E representa exercício diário. I de inibir de fumar. O de omitir o sal de mesa e U de uma consulta por ano. Como dizia um professor meu em Harvard: a doença e a morte antes dos 80 é culpa do Homem, não é Deus nem é a Natureza, somos nós.

A população portuguesa está mais sensibilizada para os riscos?

Em relação há 40 anos houve um salto enorme com uma redução na ordem dos 60% dos acidentes vasculares e de 40% dos enfartes do miocárdio. Mas corremos

o risco de agravar de novo quando há rapazes com 10 anos a fumar e a beber. Em Almodôvar, 50% dos rapazes e 51% das raparigas já fumam aos 11 anos.

Sabe quando começa a hipertensão? Quando se põe um pouco de sal nas papas dos bebés, porque está a sensibilizar-se a criança para gostar de comida salgada. Por isso é que os portugueses morrem tanto. Em Angola e Moçambique estão a morrer estupidamente, porque ensinámos a começar sal. E quem vive em África não tem sal, perde sal, porque sua muito. O seu organismo está adaptado para o ADN reter o sal. Quando começam a comer bacalhau à portuguesa, começam a ter hipertensão maligna. Estão a morrer como morríamos há 50 anos. Têm que reduzir o sal, aos poucos. Em dois meses estão a comer sem sal e nem dão por isso.

É preciso divulgar. Quero arranjar um canal saúde ou então que a RTP dê uma hora por dia de saúde. A televisão como meio de educação em medicina é fundamental. A Telescola era das melhores coisas que tínhamos, porque era importante para a literacia da saúde.

Os principais erros da nutrição são o sal em excesso e a gordura a mais. Estamos a cair na asneira de recorrer às gorduras saturadas e gorduras industriais, quando temos o azeite, uma das melhores gorduras que há. Existe em Portugal um consumo excessivo de gorduras, de sal e falta de fruta.

Portugal constitui um exemplo mundial de uso e abuso do sal, apenas precedido pelo Japão, onde havia o consumo de 30 e pouco gramas diárias. Nós consumíamos entre 24 a 25 gramas por

Estamos a cair na asneira de recorrer às gorduras saturadas e gorduras industriais, quando temos o azeite, uma das melhores gorduras que há

dia, quando o desejável é menos de cinco gramas por dia. Esta é a principal causa de hipertensão dos portugueses.

Quando deve começar a prevenção?

Antes da concepção. A mulher que quer engravidar deve deixar de fumar e de beber. Mesmo que reduza para cinco cigarros por dia, quantos cigarros vai fumar o bebé durante nove meses? Fica com tendência para fumar, porque já está habituado à nicotina. Quando experimentar vai gostar. Portanto, uns meses antes de engravidar, a mulher deve deixar de fumar e de beber. É preciso tratar dos sub-20 para chegar aos 120 vivo, ativo, alegre e saudável. Porque em Portugal chega-se aos 80 e tal mas estão nos serviços de apoio continuado. Na Dinamarca estão nas empresas e a cuidar dos netos, têm uma vida normal, porque foram saudáveis desde o princípio.

O que podem os enfermeiros fazer no domínio da prevenção?

Os enfermeiros que estejam imbuídos desta informação sobre prevenção, ao tratarem os doentes podem ensiná-los e sensibilizá-los para estas questões. Nas aldeias em Portugal onde as crianças não têm computador – e não pesquisam no Google – é desta forma que se passa a mensagem. Através dos médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Os professores também são fundamentais. A força do enfermeiro às vezes é maior do que a do médico, porque quando aprende esta informação gosta de a passar e o médico está farto de dizer isto. Além disso, os médicos têm pouco

A saúde é por demais importante para estar só na mão dos médicos

tempo com cada doente. É preciso que as consultas com o médico de família passem dos sete para os dez minutos. É claro que se há falta de médicos, passam a faltar mais.

E na reabilitação, qual a importância do enfermeiro?

A saúde é por demais importante para estar só na mão dos médicos. Todos têm que aprender a tomar conta da saúde, seja porque ouviram na televisão ou diretamente de um profissional de saúde. A missão dos enfermeiros não é apenas atuar em atos de enfermagem, é atuar como agente de literacia da saúde e criar uma cultura de saúde. O enfermeiro deve ser um propagandista da medicina preventiva. Pode dar ao doente o poder de tratar de si, se não o fizer perde metade da sua importância. Portanto, o que os enfermeiros podem fazer na reabilitação é ensinar os doentes a assumir a sua própria reabilitação. A reabilitação não é só a ferida, não é só o osso, é o que acontece depois. Tenho teimado sempre na

reunião dos voluntários do Hospital de Santa Maria que a responsabilidade do hospital é a sua comunidade. O doente que sai do hospital tem que ter um enfermeiro que vai com ele. É preciso que vá a casa dos doentes ver como é a adaptação.

Acha que os hospitais privados também trabalham bem na área de cardiologia?

Não sei dizer, porque não tenho essa experiência. Só sei dizer que eles querem conquistar os fregueses. Nos nossos hospitais não se quer conquistar os fregueses, diz-se para tratar os doentes como se fosse a sua mãe, embora nem sempre seja assim.

Quais as principais diferenças que existem na cardiologia nacional entre a época em que se começou a dedicar a esta área a atualidade?

A grande mudança tem sido a cirurgia. Por exemplo, recentemente foi posto um coração artificial metálico em Portugal. Dantes os sopros do coração, o aperto mitral, o reumatismo articular agudo eram doenças constantes, que

foram desaparecendo. A doença coronária foi tomando esse lugar, em resultado dos estilos de vida. Hoje, a hipertensão arterial é a principal causa. A partir dela surge o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca. Mas isso é o fim. Antes, deve começar-se pelos cuidados com a alimentação, pelo exercício físico. Devem ser cuidados como lavar os dentes. É o que chamo medicina comportamental. É uma luta que dever ser feita pelas autarquias e pela informação pessoal. É preciso repetir muitas vezes esta informação, porque é fácil dar conselhos, o mais difícil é segui-los.

Que outros passos poderiam ser dados a nível nacional no campo da prevenção e reabilitação?

Vai haver em breve, no Porto, uma reunião de uma entidade europeia contra o tabaco. Nós temos um conselho de prevenção do tabagismo, a que pertenci. Consegui convencer o Cavaco Silva de que era importante lutar contra o tabaco, que era a pior ameaça evitável de doença no mundo, e ele aprovou uma lei em que 1% dos impostos do tabaco fossem para a prevenção, o que representa quatro milhões. Representa poupança pelos mortos que não houve e pelos tratamentos que não foi necessário fazer. É preciso é começar pela educação das crianças. Os livros têm que abordar estas matérias. Por exemplo, fizemos um livro para as crianças pintarem, com estas mensagens, que esperamos que passe de pais para filhos, passando a mensagem em cadeia. A minha esperança é que esse livro passe gerações.

CREMES GORDOS VS CREMES HIDRATANTES

A Barral realizou, em fevereiro de 2016, um estudo que teve como objetivo determinar o tipo de emulsão de 4 cremes cosméticos. Foram utilizados neste estudo comparativo 4 cremes presentes no mercado – Barral Creme Gordo Original (seguidamente designado por produto 1), um outro creme gordo e dois cremes hidratantes.

Para explicar a diferença entre um creme hidratante e um creme gordo, foi feito o teste do papel em 2 camadas. Veja-se o que acontece quando comparamos um creme gordo original com outros cremes hidratantes e gordos. Através da absorção no papel podemos verificar que, ainda no início do teste, no final da 1.ª hora, os produtos 1, 3 e 4 apresentam manchas muito pouco significativas; no entanto, o produto 2 apresenta já uma grande mancha, isto porque possui maior quantidade de água do que de

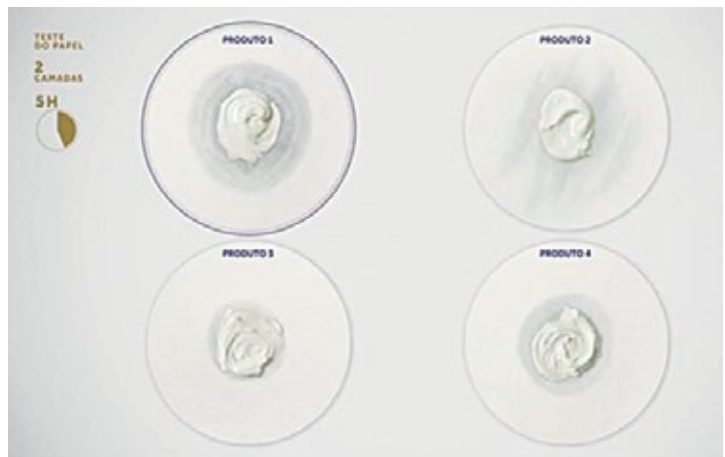
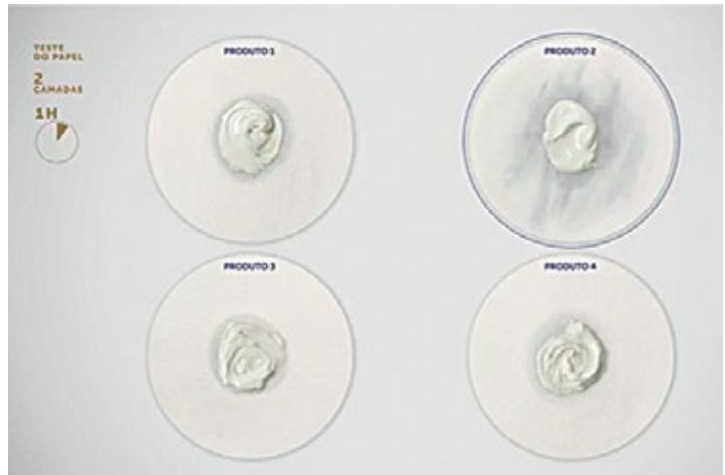
óleos – à medida que o tempo passa, a água evapora e a mancha rapidamente desaparece.

Ao fim de 5 horas, no final do teste, os produtos 1 e 4 apresentam manchas significativas; no entanto, a do produto 1 é claramente maior.

Quando se verifica a 2ª camada de papel, apenas o produto 1 apresenta a presença da mancha.

Barral Creme Gordo Original tem uma fase oleosa maior do que qualquer outro creme, regenera a pele à superfície, impedindo a perda de água do interior, resultando em hidratação profunda, enquanto os outros produtos à base de água rapidamente evaporam, hidratando à superfície da pele.

Após a análise dos resultados, pode concluir-se que Barral Creme Gordo Original é uma verdadeira emulsão A/O, com uma fase externa oleosa superior.



ANGELINI



CONFIANÇA DE GERAÇÕES PARA A NOSSA PELE.

CREME GORDO
Original



barral
É de Família

Pílula do dia seguinte vs pílula abortiva

CINCO DIFERENÇAS que deve saber

A pílula do dia seguinte e uma pílula abortiva não são a mesma coisa. Porque não devidamente esclarecidas, muitas portuguesas são levadas a pensar que a pílula do dia seguinte é abortiva e não uma segunda oportunidade para evitar uma gravidez. Nada mais errado. E por cinco razões...



Cinco diferenças entre a pílula do dia seguinte (contraceção oral de emergência) e a pílula abortiva.

1. Quando tomar
2. Opções disponíveis
3. Acesso e dispensa
4. Efeitos secundários
5. Eficácia

1

A pílula do dia seguinte deve ser utilizada sempre que exista uma falha ou a não utilização de método contraceptivo como forma de evitar uma possível gravidez não desejada. Já o recurso à pílula abortiva acontece quando já existe uma gravidez comprovada e a mulher deseja interrompê-la. Ou seja, “a pílula do dia seguinte, não interrompe uma gravidez em curso, procura responder a uma relação sexual sem proteção ou a uma falha no método contraceptivo habitual, num contexto em que a mulher não deseja engravidar nesse momento, sendo que a pílula abortiva é um método medicamentoso que a par do aborto cirúrgico, levam ao aborto de uma gravidez já em curso. É utilizada quando a mulher, devidamente informada, solicita a interrupção de uma gravidez e não existem contraindicações médicas ou legais para a realização do procedimento”, esclarece Teresa Bombas, médica especialista em ginecologia e obstetrícia e Presidente da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC).

2

As mulheres que necessitem de contraceção de emergência têm no mercado português dois tipos de pílula do dia seguinte disponíveis – acetato de ulipristal (ellaOne®) e levonorgestrel (Norlevo®, Postinor® e genéricos) – ambas de toma única oral e que atuam através da inibição/atraso da ovulação, tentando impedir que óvulo e espermatozoides se encontrem no aparelho reprodutor feminino e, desta forma, haja fecundação. Na interrupção medicamentosa da gravidez, utilizam-se em associação o Mifepristone e o Misoprostol. O primeiro (toma única oral) atua no bloqueio dos recetores de progesterona (a ação desta hormona é determinante para a evolução da gravidez) e sensibiliza as fibras do útero para a atuação do segundo fármaco, sendo este administrado geralmente por via vaginal 24 horas após a toma do primeiro, provocando contrações uterinas, o que facilita a expulsão do saco embrionário.

3

A pílula do dia seguinte é de dispensa livre em farmácias, sem precisar de receita médica, deve ser tomada o mais rápido possível após uma relação sexual não protegida ou por falha do método contraceptivo. Já a pílula abortiva só pode ser administrada em meio hospitalar devidamente autorizado.

4

A pílula do dia seguinte pode eventualmente provocar efeitos secundários ligeiros e transitórios, tais como dor de cabeça, náuseas (vómitos) ou dor abdominal que, regra geral, não necessitam de nenhum tratamento, passando após algumas horas. A pílula do dia seguinte não afeta a fertilidade futura. Aliás, o retorno à fertilidade pode ser imediato pelo que a mulher, após a toma da pílula do dia seguinte deve utilizar um método de barreira para todas as relações sexuais posteriores até ao próximo período menstrual, para além de iniciar ou retomar a contraceção regular. No caso da pílula abortiva, pelo contrário, a sua

utilização provoca sintomas relacionados com o próprio processo de interrupção.

5

No que reporta à eficácia, as pílulas do dia seguinte não são todas iguais, nem eficazes a 100%. E também não são substitutas da contraceção regular, mas uma segunda oportunidade para evitar uma gravidez quando algo corre mal com a contraceção regular. Entre as opções disponíveis em Portugal, ellaOne® demonstrou uma maior eficácia nos dias de máximo risco de gravidez – os dias próximos da ovulação. A eficácia é o critério mais valorizado pelas mulheres na hora de selecionar um contraceptivo de emergência e a maioria segue o conselho farmacêutico (98%). Caso a mulher já tenha ovulado, a contraceção de emergência não é eficaz e a gravidez poderá acontecer.

Fontes

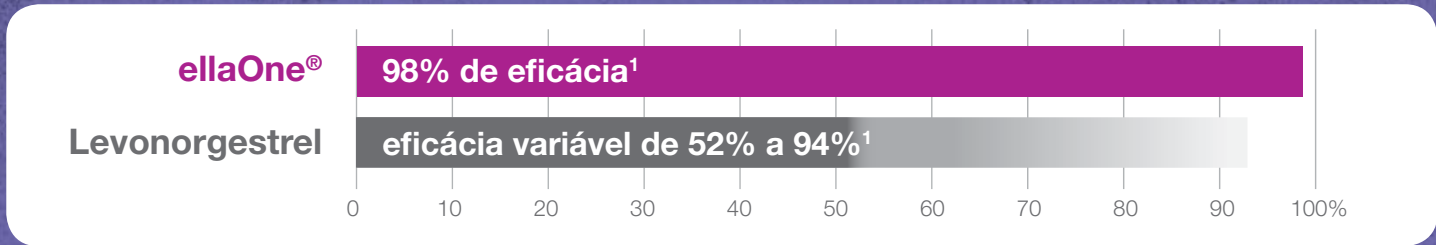
Resumo das características do medicamento ellaOne; Resumo das características do medicamento Norlevo; Brache V, et al. Contraception 2013; 88(5):611-8; Harris interactive 2013; Estudo IMS Farmácias Portuguesas julho 2015; Resumo das características do medicamento Postinor; Resumo das características do medicamento Mifegyne



SEM RECEITA
ÚNICO DE DISPENSA
EXCLUSIVA EM
FARMÁCIA

ellaOne®

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA de referência segundo a OMS desde as primeiras 24 horas¹



Nas 1^{as} 24h, em cada 1.000 mulheres que tomam contraceção de emergência...



Na contraceção de emergência o que as mulheres mais valorizam é a eficácia³



www.ellaonefarmaceutico.pt

1. OMS. Contraceção de emergência. Fact sheet. February 2016. 2. Glasier AF, et al. The Lancet 2010; 375:555-62. Updated October 24, 2014. 3. Harris Interactive a mulheres em Portugal n = 200 (fevereiro de 2016).

NOME DO MEDICAMENTO ellaOne 30 mg comprimido **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido contém 30 mg de acetato de ulipristal. Excipientes com efeito conhecido: Cada comprimido contém 237 mg de lactose mono-hidratada. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido Comprimido branco ou creme marmorado, redondo, convexo, gravado com o código "ella" em ambas as faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Contraceção de emergência até 120 horas (5 dias) após uma relação sexual não protegida ou em caso de falha do método contracevivo. **Posologia e modo de administração** Posologia O tratamento consiste na administração oral de um comprimido, logo que possível, o mais tardar até às 120 horas (5 dias) após a relação sexual não protegida ou a falha do contracevivo. O ellaOne pode ser tomado em qualquer fase do ciclo menstrual. Caso ocorra o vômito até 3 horas após a ingestão de ellaOne, deverá tomar-se outro comprimido. Antes da administração de ellaOne deverá excluir-se a possibilidade de gravidez. **População especial** **Compromisso renal** Não é necessário ajuste de dose. **Afeção hepática:** Na ausência de estudos específicos, não é possível estabelecer recomendações quanto à dose de ellaOne. **Afeção hepática grave:** Na ausência de estudos específicos, não é recomendado o ellaOne. **Crianças e adolescentes:** Não existe utilização relevante de ellaOne em crianças em idade pré-púbere na indicação de contraceção de emergência. **Adolescentes:** O ellaOne é adequado para qualquer mulher com potencial para engravidar, incluindo adolescentes. Não foram demonstradas diferenças na segurança nem na eficácia em comparação com mulheres adultas com 18 anos ou mais (ver secção 5.1). **Modo de administração** Uso oral. O comprimido pode ser tomado com ou sem alimentos. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** O ellaOne é apenas para uso ocasional. Em nenhum caso deve substituir um método contracevivo regular. Não se destina a uso durante a gravidez e não deve ser administrado por qualquer mulher que suspeite de gravidez ou que esteja grávida. O ellaOne não interrompe uma gravidez existente. O ellaOne não evita a gravidez em todos os casos. **Efeitos indesejáveis** As reações adversas mais frequentes notificadas foram cefaleias, náuseas, dores abdominais e dismenorreia. A segurança do acetato de ulipristal foi avaliada em 4.718 mulheres durante o programa de desenvolvimento clínico. As reações adversas notificadas num estudo de fase III, no qual participaram 2.637 mulheres, são apresentadas em baixo de acordo com o sistema de classe de órgãos e por ordem decrescente de frequência: muito frequentes (≥1/10), frequentes (≥ 1/100 a <1/10), pouco frequentes (≥ 1/1.000 a <1/100) e raros (≥1/10.000 a <1/1.000). **Infeções e infestações** Pouco frequentes Gripe **Doenças do metabolismo e da nutrição** Pouco frequentes Perturbações do apetite **Perturbações do foro psiquiátrico** frequentes Perturbações do humor Pouco frequentes Perturbação emocional, Ansiedade, Insónia, Perturbação de hiperatividade, Perturbações da libido **Raros** Desorientação **Doenças do sistema nervoso** frequentes Dor de cabeça, Tonturas Pouco frequentes Sonolência, Enxaqueca **Raros** Tremores, Perturbações da atenção, Disgeusia, Síndrome pré-menstrual **Raros** Prurido genital, Dispareunia, Ruptura de quisto ovárico, Dores vulvovaginais, Hipomenorreia **Perturbações gerais** frequentes Fadiga **Pouco frequentes** Arrepios Mal-estar geral, e do labirinto **Raros** Vertigens **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** **Raros** Garganta seca **Doenças gastrointestinais** frequentes Náuseas*, Dor abdominal*, Desconforto abdominal, Vômitos* **Pouco frequentes** Diarreia, Boca seca, Dispepsia, Flatulência **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos** Pouco frequentes Acne, Lesões da pele, Prurido **Raros** Urticária **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos** frequentes Mialgia, Lombalgia **Doenças dos órgãos genitais e do mama** frequentes Dismenorreia, Dor pélvica, Sensibilidade mamária **Pouco frequentes** Menorragia, Corimento vaginal, Perturbação menstrual, Metrorragia, Vaginite, Afrotamentos, Síndrome pré-menstrual **Raros** **Perturbações gerais** frequentes Fadiga **Pouco frequentes** Arrepios Mal-estar geral, **Pirexia** **Raros** Sede *Sintoma que pode estar relacionado com gravidez (e, portanto, com uma possível gravidez ectópica) e que poderia atrasar o diagnóstico de gravidez se mal diagnosticado em relação ao uso do medicamento. **Adolescentes:** o perfil de segurança observado em mulheres com menos de 18 anos de idade em estudos e após a introdução no mercado é semelhante ao perfil de segurança em adultos durante o programa de fase III. **Experiência após introdução no mercado:** as reações adversas espontaneamente notificadas na experiência após a introdução no mercado foram semelhantes em natureza ao perfil de segurança descrito durante o programa de fase III. **Descrição de reações adversas selecionadas:** A maioria das mulheres (74,6 %) nos estudos de fase III menstruaram na data esperada ou dentro de ± 7 dias, enquanto 6,8 % menstruaram mais de 7 dias mais cedo que o esperado e 18,5% apresentaram um atraso de mais de 7 dias em relação à data prevista da menstruação. O atraso foi superior a 20 dias em 4 % das mulheres. Uma minoria (8,7 %) das mulheres notificou hemorragias intermenstruais com uma duração média de 2,4 dias. Na maioria das casos (88,2 %), esta hemorragia foi notificada como pequenas perdas de sangue. Entre as mulheres que receberam ellaOne nos estudos de fase III, apenas 0,4 % notificaram hemorragias intermenstruais abundantes. No estudo de fase III, 82 mulheres participaram no estudo mais do que uma vez tendo, desta forma, recebido mais do que uma dose de ellaOne (73 participaram duas vezes e 9 participaram três vezes). Nestas mulheres, não existiram diferenças em termos de segurança no que respeita à incidência e gravidade dos acontecimentos adversos, da alteração da duração ou volume da menstruação ou da incidência de hemorragias intermenstruais. Medicamento Não Sujeto a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia. Medicamento não comparticipado. Para mais informações contactar o titular de AIM. Titular de AIM: Laboratoire HRA Pharma, 15 rue Bérange, 75003 Paris, França, NIF: FR 67 420 792 582; Representante local: HRA Pharma Iberia, S.L., Sucursal em Portugal; Av. da Liberdade, 110, 1269-046 Lisboa; Portugal. Data do revisão do texto: abril 2016.



“O trabalho por turnos está a contrariar o organismo”

Que problemas de saúde pode o trabalho por turnos causar?

O trabalho por turnos causa um aumento do risco de insónia, de consumo de substâncias, de consumo de álcool ou de tabaco, bem como um aumento do risco de depressão, de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, excesso de peso. É também um fator de risco de cancro, tanto para o homem como para a mulher.

Considerada a maior especialista nacional em sono, **Teresa Paiva**, neurologista, ensina os portugueses a dormir há mais de 20 anos. Os enfermeiros, devido ao seu comum trabalho por turnos, e em diferentes locais, pertencem à classe de profissionais cujo sono é bastante afetado. Aumento de comportamentos de risco, possibilidade de cometer erros, aumento do risco de doenças cardiovasculares ou depressão são alguns dos problemas que o trabalho por turnos pode causar na vida dos enfermeiros.

Em termos de trabalho, as pessoas com um trabalho por turnos têm um risco maior de ter absentismo e o presentismo, ou seja, ausentar-se ou estar no trabalho sem estar a prestar a devida atenção ao que se está a fazer. Em termos familiares há sempre problemas e há maior risco, principalmente para os homens, de divórcios ou de separações. E há, efetivamente, um risco maior de acidentes nos trabalhadores por turnos.

E que consequências em concreto pode ter a privação de sono?

Existe a privação de sono aguda e a privação de sono crónica. A privação de sono aguda dá sonolência, uma maior propensão para adormecer, alterações no humor, um aumento da irritabilidade, erros de perceção, erros de decisão, pode gerar maiores comportamentos de risco e, inclusivamente, quadros alucinatorios ou psicóticos. A privação crónica de sono tem os mesmos riscos que o trabalho por turnos – diabetes, hipertensão, cancro, demência (é um fator de risco para demência), doenças autoimunes, insónia, depressão, acidentes, morte mais precoce, consumos e comportamentos de risco.

Como costuma ser a qualidade de sono dos enfermeiros?

Todos os estudos que existem indicam que a qualidade de sono dos enfermeiros é má, e é significativamente pior quando fazem trabalho por turnos, pois o trabalho por turnos está a contrariar o organismo. Um dos grandes problemas dos turnos é a má organização dos mesmos – um turno é mal-organizado quando os enfermeiros fazem turnos de 24 horas, quando fazem turnos em que o nosso relógio anda para trás e para a frente (como p.ex. manhã-noite-tarde), em vez de fazerem turnos seguidos (manhã-tarde-noite), e isso é muito frequente atualmente nos enfermeiros. Ou quando trabalham em dois sítios diferentes, essa é outra das grandes preocupações. De referir ainda o caso dos enfermeiros que têm narcolepsia, estes não devem fazer turnos noturnos e, muitas vezes, existe uma



Todos os estudos que existem indicam que a qualidade de sono dos enfermeiros é má, e é significativamente pior quando fazem trabalho por turnos, pois o trabalho por turnos está a contrariar o organismo

grande dificuldade de aceitação disso por parte das entidades laborais. Pessoas com narcolepsias ou apneias têm que ter algumas regras, têm que ter uma atenção especial à sua doença do sono.

Os profissionais de saúde privados de sono estão mais suscetíveis ao erro?

Sem dúvida, a possibilidade de erro aumenta cerca de 50 por cento. Podem ocorrer erros de decisão e erros na aferição do risco. No seu trabalho do dia a dia com os doentes, pode acontecer cometerem erros, há uma maior dificuldade na precisão de movimentos, erros nas doses, estes são alguns dos mais comuns. A pessoa, quando está privada de sono, principalmente os

homens, não avalia a sua incapacidade para a condução, por exemplo, e tomam mais comportamentos de risco se estiverem a jogar (jogos em que possam perder dinheiro), comportamentos esses que aumentam quando fazem turnos.

Pode indicar alguns truques para um dia a dia tranquilo, após um trabalho de horários diferentes?

Se a pessoa sai de um turno noturno, deve ir para casa com óculos escuros, para não apanhar a luz do sol e para dormir melhor quando chega a casa; já em casa, tem que perceber que vai ouvir mais barulho e, provavelmente, dormir pior, e, portanto, tem

que haver alguma proteção da família em relação àquela pessoa que vai estar a dormir durante o dia.

Quando se vai fazer um turno noturno, pode fazer-se aquilo a que se chama uma sesta profilática antes do turno, ao fim do dia, e isso ajuda o profissional a manter-se acordado, é bastante eficaz. O que as pessoas devem tentar fazer em relação aos turnos é, nos turnos da tarde e nos turnos da manhã, manter horários tão parecidos quanto possível; nos fins de semana também não fazer grandes variações de horário, manter um horário relativamente parecido com o que fazem durante as manhãs e as tardes, embora possa ser um pouco mais tardio.

É fundamental nunca terem dois empregos, isso é prejudicial para a saúde, e também não devem fazer turnos ao contrário, não devem fazer turnos em que obriguem o relógio circadiano a andar para trás e para a frente. Existem ainda outros dois aspetos que as pessoas devem seguir com muito rigor: o primeiro é a alimentação, que deve ser de qualidade, e evitar as alimentações noturnas que façam engordar; o segundo é fazer atividade física e apanhar sol durante o dia, nos dias em que não estão a fazer turnos.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

Um terço das infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis

A

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

O anterior programa nacional de controlo de infeção foi criado por despacho do Diretor-Geral da Saúde de 14 de Maio de 1999, para substituir o projeto de controlo de infeção instituído em 1988, com o objetivo de conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção, através da identificação e modificação de práticas de risco. Em 2004, aquele programa foi enquadrado no Plano Nacional de Saúde. Por outro lado, o Despacho Ministerial n.º 14178/2007 determinou a criação de comissões de controlo de infeção nas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde in-

tegradas nas redes hospitalar, de cuidados continuados e de cuidados de saúde primários e no sector privado.

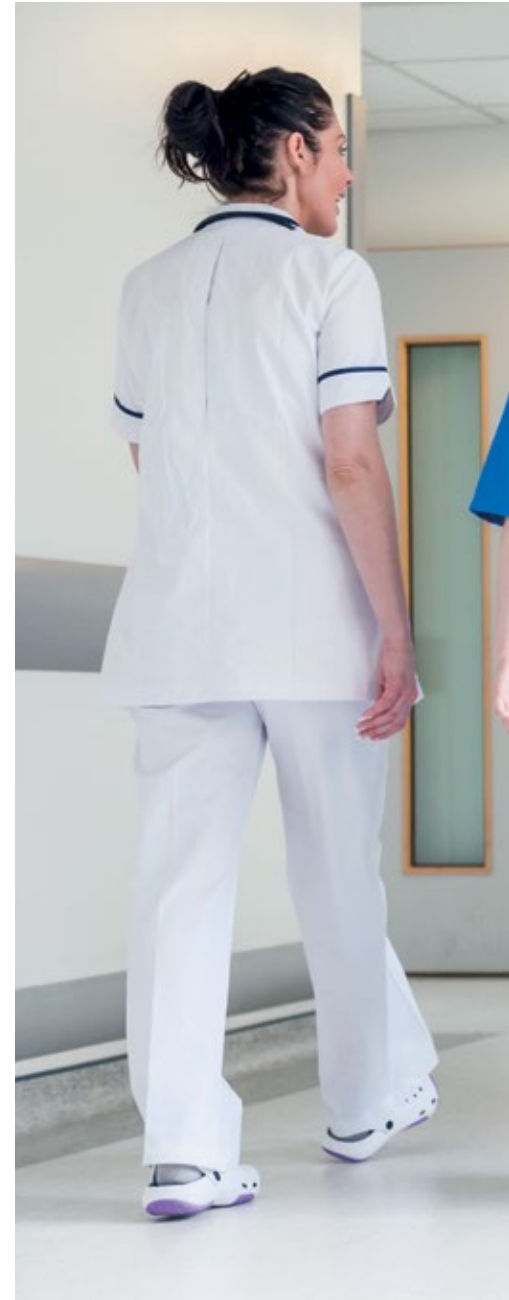
O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Estes revolucionaram, a partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções, contribuindo significativamente para a redução da morbi-mortalidade. Contudo, o seu uso, frequentemente inadequado, promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência a essas classes. Assim, o antibiótico, essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante do aumento da esperança de vida verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia, que se poderá traduzir em enorme retrocesso na história da Medicina.

Para enfrentar este problema e na sequência do Despacho Ministerial n.º 20 729/2008, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 152, de

7 de Agosto, foi aprovado o anterior programa nacional de prevenção das resistências aos antimicrobianos e, pelo Despacho Ministerial n.º 15769/2010, nomeado o seu coordenador nacional. Este programa tinha como objetivo a redução da emergência de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, nomeadamente através do uso judicioso de antibióticos, enquanto o anterior programa nacional de controlo de infeção visava a prevenção da infeção e da transmissão cruzada de microrganismos.

Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares, o que justifica a fusão dos dois programas.

Esta fusão é sinérgica e potencialmente multiplicadora de resultados, nomeadamente num país como Portugal, que apresenta elevadas taxas de infeção associada a cuidados de saúde, de resistência aos antimicrobianos e de uso de antimicrobianos. De facto, existe evidência de que tanto a taxa de doentes com infeção hospitalar como a taxa de doentes internados sob terapêutica antibiótica são superiores à média europeia.



Verifica-se, igualmente, a existência de uma elevada taxa de resistências aos antimicrobianos, tanto de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina, como de Enterobacteriaceas resistentes a cefalosporinas de terceira geração e também de *Pseudomonas* e *Acinetobacter* resistentes a carbapenemes. Simultaneamente, parece crescente a taxa de Enterobacteriaceas resistentes a carbapenemes. Por esta razão, foi decidido dar expressão à fusão dos dois anteriores programas, “Programa Nacional de Controlo de Infeção” e “Programa Na-



cional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos”, através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro, criando um novo programa, denominado “Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos”, a que foi dado carácter de programa de saúde prioritário.

Objetivo: redução da taxa de infeções

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

A estratégia global de intervenção do Programa visa envolver os vários níveis de prestação de cuidados e os diferentes níveis de decisão

tem como objetivo geral a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos.

São seus objetivos específicos, ainda, a vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes de modo a que:

a) Número de hospitais aderentes à vigilância de microrganismos resistentes em 2014 / Número de hospitais do Sistema Nacional de Saúde em 2014 \geq 50%.

b) DDD de consumo hospitalar de carbapenemes em 2015 / DDD de consumo hospitalar de carbapenemes em 2011 \leq 95%;

c) DDD de consumo ambulatorio de quinolonas em 2015 / DDD de consumo ambulatorio de quinolonas em 2011 \leq 95%;

d) Número de bacteriemias por MRSA por 1000 dias de internamento em 2015 / Número de bacteriemias por MRSA por 1000 dias de internamento em 2012 \leq 90%;

e) Taxa de bacteriemias por MRSA no total de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* em 2015 / Taxa de bacteriemias por MRSA no total de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* em 2012 \leq 90%;

A estratégia global de intervenção do Programa visa envolver os vários níveis de prestação de cuidados e os diferentes níveis de decisão (local, regional e nacional). São estratégias específicas de intervenção:

a) Informação/Educação

i. Dinamização de formação sobre controlo e prevenção de infeções relacionadas com os cuidados de saúde e sobre resistências aos antimicrobianos

ii. Dinamização da formação sobre uso adequado de antibióticos, tanto em meio hospitalar como em ambulatorio

iii. Dinamização de reuniões da Aliança Intersectorial para a Preservação do Antibiótico, agregando instituições e representantes das áreas da saúde, da farmácia, da veterinária, da indústria e do consumidor

iv. Dinamização da campanha de sensibilização do cidadão para o uso prudente dos antibióticos, nomeadamente relevando os riscos associados ao seu uso

b) Vigilância epidemiológica

i. Dinamização da participação dos hospitais e dos laboratórios de microbiologia nos sistemas de vigilância das infeções, resistência aos antimicrobianos e consumo de antibióticos.

ii. Reforço dos sistemas de vigilância de resistência aos antimicrobianos, de forma a poder desenvolver processos de resposta rápida e eficiente a situações preocupantes.

iii. Integração das bases de dados de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde na Plataforma de Dados da Saúde.

c) Normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas

i. Reforço da relação e sintonia com os Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção.

ii. Normalização das estruturas periféricas (comissões) de controlo de infeção e prevenção de resistência aos antimicrobianos, em termos de estrutura e missão, de forma sintónica com o programa nacional.

iii. Extensão para os ACES e Unidades de Cuidados Continuados das estruturas de consultadoria em controlo de infeção e uso de antimicrobianos.

iv. Emissão de Normas e Orientações Clínicas.

v. Emissão de “bundle” de práticas de controlo de infeção e de política de antibióticos.

vi. Emissão e atualização de



A execução do Programa é avaliada através de indicadores de processo e de resultados

Manuais de Boas Práticas.

d) Incentivos financeiros por via do financiamento hospitalar

i. Inclusão de indicadores de desempenho hospitalar relacionados com controlo de infeção, prevenção de resistências antimicrobianas e consumo de antibióticos

A execução do Programa é avaliada através de indicadores de processo e de resultados. A especificação destes indicadores, tal como das medidas de impacto e dos recursos a utilizar, são atualizados no Plano de Atividades anual.



A prevenir infeções nosocomiais há mais de 50 anos.

A taxa de infeções nosocomiais em Portugal atinge os 10,5%, sendo que a média Europeia é de 5,7%⁽¹⁾. O método mais eficaz de redução das infeções é através da prática constante da desinfeção das mãos, com um produto eficaz e hidratante, nos 5 momentos para a higienização das mãos preconizados pela OMS.

Sterillium®

Possui elevada eficácia e amplo espectro de atividade, (MRSA, MRGN, Micobacterium tuberculosis, HIV, HBV, influenza, entre outros)⁽²⁾.

Aumenta a hidratação da pele em 30%, ideal para uma utilização contínua e também peles atópicas⁽³⁾.



Investigação para a prevenção de infeções

www.hartmann.pt



Going further for health

NOME DO MEDICAMENTO: STERILLIUM, solução cutânea. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA, 100 g de solução contém: Álcool isopropílico 45 g, Propanol 30 g, Etilsulfato de mecetrônio 0,2 g. FORMA FARMACÉUTICA: Solução cutânea. Solução colorida perfumada. INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Desinfeção higiénica e cirúrgica das mãos. Desinfeção da pele antes de injeções e punções. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Na desinfeção higiénica das mãos: deve aplicar-se, pelo menos, 3 ml de STERILLIUM nas mãos secas, e esfregá-las durante 30 segundos, sem enxaguar. Na desinfeção cirúrgica das mãos: STERILLIUM deve ser distribuído sobre as mãos secas e antebraços secos, de modo a cobri-los completamente. Devem ser aplicadas as doses que forem necessárias para mantê-los húmidos durante, pelo menos, 1,5 minutos sem enxaguar. Desinfeção da pele: STERILLIUM deve ser friccionado sobre a área de pele seca durante 15 segundos antes de injeções e punções; antes de punções de articulações, cavidades do corpo e órgãos ocos, bem como intervenções cirúrgicas, devendo manter-se a área húmida durante um minuto. Peles com uma grande quantidade de glândulas sebáceas devem ser mantidas húmidas durante 10 minutos. STERILLIUM é utilizado sem ser diluído. CONTRAINDICAÇÕES: STERILLIUM não é adequado para a desinfeção de membranas mucosas e não pode ser utilizado na proximidade imediata dos olhos ou de feridas abertas. Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. EFEITOS INDESEJÁVEIS: Toxicidade aguda DL50 (rato) oral, após 14 dias 13,0 ml/kg do p.c. DL50 (ratazana) oral, após 14 dias 15,6 ml/kg do p.c., DL50 (coelho) dérmica > 10,0 ml/kg do p.c.. Toxicidade por dose repetida: um estudo cutâneo de 28 dias em coelhos com 1,0 e 5,0 ml de STERILLIUM por kg de peso corporal não revelou quaisquer efeitos atribuíveis à substância no peso corporal, aparência clínica, peso dos órgãos e histopatologia

do fígado e rins. Os níveis sanguíneos de n-propanol, isopropanol e acetona não aumentaram. Toxicidade reprodutiva Com base em dados in vitro e in vivo, calcula-se que apenas quantidades insignificantes dos ingredientes ativos de STERILLIUM possam penetrar na pele durante a desinfeção higiénica e cirúrgica das mãos. Os álcoois evaporam-se no espaço de tempo da aplicação. O etilsulfato de mecetrônio é dificilmente absorvido por pele intacta. Por esta razão, os estudos acerca da toxicidade fetal e toxicidade reprodutiva podem ser omitidos de acordo com a Diretiva do Conselho 75/318/CEE. Não existem referências na literatura acerca dos efeitos teratogénicos dos álcoois leves em seres humanos e animais após aplicação cutânea. Genotoxicidade, os testes de genotoxicidade deram negativo com n-propanol, isopropanol e etilsulfato de mecetrônio. Tolerância local Os ingredientes ativos de STERILLIUM não são irritantes para a pele com as concentrações aplicadas no produto. O n-propanol, o isopropanol e o etilsulfato de mecetrônio não possuem propriedades sensibilizadoras. STERILLIUM causa irritação das membranas mucosas. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO Bode Chemie GmbH Melanchthonstrasse 27 D-22525 Hamburg Alemanha. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. MEDICAMENTO NÃO SUJEITO A RECEITA MÉDICA.

(1) DGS 2015 - PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015
(2) Ficha Técnica Sterillium
(3) RCTS, Barry 2014

PAUL HARTMANN LDA
Av. Severiano Falcão, 22 - 2º
2685-378 Prior Velho

Tel.: (Geral) 219 409 920
E-mail: info@pt.hartmann.info

Como prevenir as infecções respiratórias

A

Ao falarmos em infecções respiratórias, falamos de um leque diversificado de entidades que vão das sinusites às pneumonias, passando pelas sempre omnipresentes infecções brônquicas. Entre nós, as pneumonias ocupam um lugar de destaque, com mais de 150.000 casos, 45.000 internamentos hospitalares e cerca de seis mil óbitos anuais. Em Portugal morre-se sete vezes mais de pneumonia que de acidentes rodoviários.

A importância destas infecções é bem visível na lista da mortalidade humana, com três infecções respiratórias a integrarem a lista das dez doenças mais mortíferas da humanidade: pneumonias, DPOC e tuberculose.

A prevenção das infecções respiratórias assenta em cinco premissas: modelos de vida saudáveis, cuidados ambientais, medidas de proteção respiratória, vacinação e fármacos estimulantes da imunidade.

Quanto aos primeiros, os hábitos tabágicos, alcoolismo, dietas incorretas, subnutrição, obesidade ou o não respeito pelos períodos de sono

noturno, são verdadeiros fatores de fragilidade imunitária. Por exemplo, o fumo do tabaco, ao deprimir a atividade dos macrófagos alveolares, inibe uma das primeiras linhas de defesa antibacteriana. De igual modo, a falta de respeito pelos períodos fisiológicos do sono noturno, impede a normal reconstituição imunitária que se realiza durante o sono. Em ambos os casos, o resultado é uma maior incidência de infecções respiratórias.

Relativamente aos cuidados ambientais, o frio, a humidade e a insalubridade das habitações, pelo estado inflamatório que originam, comportam-se como fatores facilitadores das infecções respiratórias. Acreditamos que os excessos de mortalidade em idosos, verificados entre nós nos últimos invernos, se possam relacionar com o não investimento no aquecimento das habitações, na sequência das dificuldades económicas resultante da crise que vivemos.

Relativamente à eficácia das medidas de proteção respiratória - consubstanciadas no uso de máscara e numa adequada lavagem das mãos - ela relaciona-se com o modelo de transmissão destas infecções: por via inalatória e por gotículas. Essa eficácia tem tido comprovação em diversos estudos científicos.

As vacinas são uma poderosa arma preventiva. O atual Plano Nacional de Vacinação in-

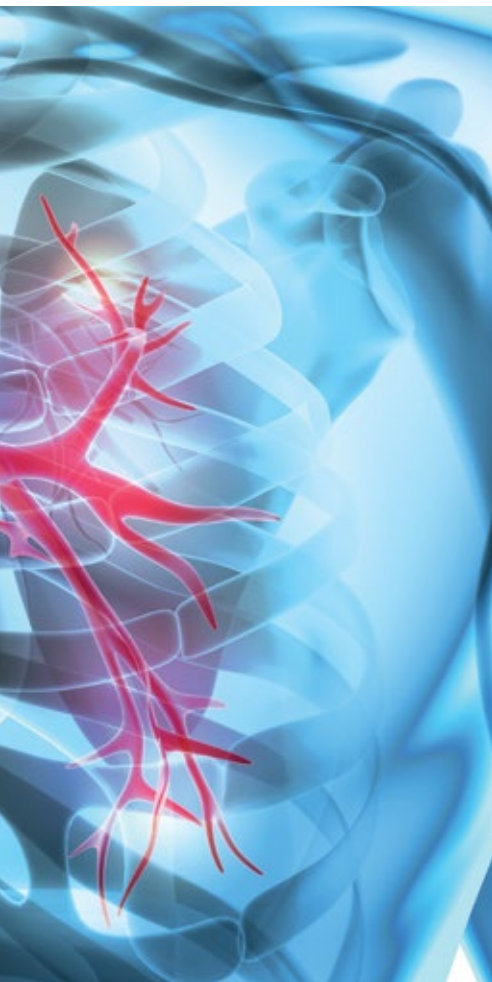


clui três vacinas relacionadas com as infecções respiratórias: a BCG e as vacinas para o *Haemophilus influenzae* e para o pneumococo. Apesar destas vacinas serem gratuitas, lamenta-se que anualmente 4000 crianças não sejam vacinadas, na maior parte das vezes em consequências de crenças erradas dos pais. Não vacinar os filhos porque “as vacinas não fazem falta”, “conterem substâncias tóxicas”, “provocarem doenças como o autismo” ou “serem apenas um grande negócio

para a indústria farmacêutica”, não parece ser uma opção inteligente.

Relativamente aos adultos temos duas vacinas respiratórias: a vacina antigripal e a antipneumocócica. Ambas têm como principais destinatários pessoas para quem a gripe e as infecções pneumocócicas significam risco acrescido.

A vacina antigripal está indicada nas crianças, nos idosos com mais de 65 anos (gratuita no SNS), nas pessoas com doenças crónicas - destaque para os diabéticos e para os



que sofrem de doenças respiratórias – e para quem tem doenças ou faça tratamentos debilitantes do sistema imunitário (por exemplo, corticoterapia de longa duração ou imunossupressores). A sua indicação estende-se a um vasto leque de outras pessoas, como por exemplo: pessoas institucionalizadas - sobretudo idosos -, profissionais da saúde, cuidadores de pessoas para quem a gripe possa ser um grave problema de saúde, frequentadores habituais de instituições de saú-

de, doentes transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, obesos e grávidas, que se encontrem no 2º ou 3º trimestre de gravidez e que tenham risco acrescido de vir a ter complicações da gripe. Quanto à vacina antipneumocócica, para além das crianças, idosos, pessoas com doenças crónicas, pessoas com défices imunitários ou a fazer terapêuticas imunossupressoras, tem também a sua indicação nos doentes sem baço ou com baço disfuncional, dadores de medula óssea (antes da doação), recetores de transplantes, doentes oncológicos e doentes com infeção pelo VIH.

Para além destas vacinas, existem medicamentos estimulantes da imunidade, que são, sobretudo, destinados aos doentes que sofrem de infeções respiratórias de repetição, quase sempre crianças com infeções do trato respiratório superior. Alguma falta de evidência científica tem sido corrigida por relatórios recentes que apontam para a possibilidade destes fármacos estimularem células da linha imunológica (macrófagos, neutrófilos e linfócitos) podendo constituir-se como uma boa ajuda na defesa antiviral e antibacteriana. Concluo: sendo as infeções respiratórias fonte de elevada morbidade e mortalidade, com custos diretos e indiretos de muitos milhões de euros, proteger-se contra elas é seguramente uma muito boa ideia.



Jaime Pina

Pneumologista

Chefe de Serviço Hospitalar

Fundação Portuguesa do Pulmão

As vacinas são uma poderosa arma preventiva. O atual Plano Nacional de Vacinação inclui três vacinas relacionadas com as infeções respiratórias: a BCG e as vacinas para o *Haemophilus influenzae* e para o pneumococo

DESMISTIFICAR A DIABETES

A visão de uma enfermeira de família

A

A diabetes é uma alteração metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de esta exercer adequadamente as suas funções, causando um aumento da glicose no sangue. Esta alteração ocorre quando o pâncreas não é capaz de produzir insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo ou quando existe resistência à sua ação. A insulina promove a redução da glicemia ao permitir que o açúcar que está presente no sangue possa penetrar dentro das células, para ser utilizado como fonte de energia. Havendo falta de insulina no organismo ou se esta não funcionar corretamente, haverá um aumento de glicose no sangue e, consequentemente, a diabetes. Existem diversos tipos de diabetes, sendo os mais conhecidos a diabetes mellitus tipo 1 e a diabetes mellitus tipo 2, atingindo mais de 1 milhão de pessoas em Portugal. Existem diversas associações direcionadas a apoiar pessoas com diabetes, sendo a Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP) uma delas. Esta associação é dirigida e composta exclusivamente



Margarida Metelo
Enfermeira USF Villa Longa

por voluntários com o principal objetivo de desenvolver atividades para pessoas com diabetes, em especial crianças e jovens com diabetes tipo 1, mostrando a este público-alvo que a diabetes não tem que limitar nem ser o entrave a uma vida plena de sucessos e sonhos concretizados.

Para trás são deixados os medos e em cada atividade desenvolvida reforçam-se ensinamentos sobre este estado de saúde, promovendo assim hábitos de vida mais saudáveis e felizes numa vida com menos restrições do que é comum acreditar. Entre estas atividades temos colónias de

férias para jovens com diabetes, onde se ensinam não só aspetos práticos da vida com a diabetes, mas também aspetos psicológicos que ajudam na gestão de sentimentos e crenças relativas à situação, e também sessões de esclarecimentos em escolas para a população escolar para que possam acompanhar da melhor forma os alunos com diabetes. Este é também o meu papel enquanto voluntária da AJDP. Tenho diabetes tipo 1 desde os 9 anos de idade e, tal como fui crescendo com a diabetes, fui também acompanhando a sua evolução em Portugal ao longo destes últimos 22 anos.

Nunca deixei de fazer o que quer que fosse por ter diabetes e passou a fazer parte da minha vida não como uma condicionante, mas como um extra que integrei na minha vida. Aprendi muito devido à minha vivência com a diabetes e percebi que gostava de ajudar pessoas a enfrentarem este desafio e a verem a vida com confiança e positivismo, fosse por terem diabetes ou outras condições. Acabei por ingressar no curso de enfermagem e continuar ao longo de todos estes anos a tentar ajudar outras pessoas com diabetes tanto na minha vida pessoal como na profissional. Por ser utente e profissional em simultâneo consigo muitas vezes entender melhor os sentimentos e receios e angústias das pessoas com diabetes. Sinto que consigo ajudá-las melhor pela empatia criada na relação enfermeiro-utente, assim como a ligação criada por fazer parte do grupo de pares de alguém que está na mesma situação e consegue entender da mesma forma como se sente.

Está provado que a troca de experiências entre pares promove a aprendizagem, e ao poder aplicar a minha experiência na consulta com o utente consigo muitas vezes encontrar soluções práticas para os seus problemas, por compreender melhor as suas necessidades e dificuldades. Promovo da melhor forma a autogestão da sua situação clínica, bem como o autocuidado na sua prática diária de forma personalizada e holística.

GLUCOCARD™ SM

Glucose Smart Meter



Uma nova geração de equipamentos!

Imagine que os seus doentes podem enviar os resultados dos testes do medidor, através de tecnologia *Bluetooth Smart* integrada, para uma *app* no *Smartphone*. Simplesmente!

O **Glucocard SM** inicia uma nova geração de medidores - os **Glucose Smart Meters** - pois, a partir de agora, será possível gerir os resultados da glicemia através de um registo electrónico, na *app GlucoLog Lite*, sempre disponível num *smartphone*. Os resultados dos testes podem também ser transferidos para um computador ou podem ainda ser enviados por mail para um cuidador, educador ou profissional de saúde.

O **Glucocard SM** é um *Glucose Smart Meter*, também, porque foi pensado para uma melhor e mais fácil utilização, não necessita de calibração, dispõe de marcadores, possui botão de ejeção da tira teste e usa uma micro gota de sangue.

O **Glucocard SM** dispõe, ainda, de um ecrã com números grandes e luz na entrada da tira, facilitando a execução dos testes, que são precisos e fiáveis, indo ao encontro das exigências da norma ISO 15197:2013.

O Glucocard SM é intuitivo e fácil de ensinar!



glucocardsm.pt

mendiag.pt | menarinidiag.pt
facebook.com/diabetessobcontrolo
Linha de Apoio ao Utilizador 800 200 468

FORÇA DE VIVER

Proteína só já não chega!

As necessidades proteicas estão aumentadas no envelhecimento e em caso de doença, mas é necessário o aporte energético adequado para que as proteínas possam ser utilizadas para as suas funções mais nobres.

Suplementação Hiperproteica + Hipercalórica

Evidência comprovada:



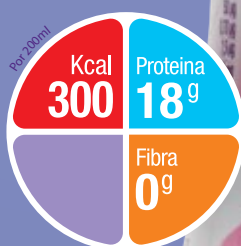
Melhoria da perda de peso e aumento da força muscular



Recuperação da autonomia nas actividades da vida diária



Menor risco de infecções e melhoria da cicatrização de feridas



Hyperprotidique, hyperénergétique
Eiwitrijk, energierijk
Elevado teor proteico e energético

Arôme fraise
Aardbeismaak
Sabor Morango



25 anos a alimentar
a Força de Viver

www.nutricia.pt

Linha Verde: 800 206 799

À venda na sua farmácia