

# Enfermeiro

## Anuário 2018





**EVERYDAY WE STRIVE TO KEEP LIFE *FLOWING***

[Kedrion.com](http://Kedrion.com)



05

Enfermeiro de reabilitação nos cuidados de saúde primários: "self-management" do doente crónico



06

Nutrição e doente respiratório crónico: como melhorar a saúde respiratória?



07

Apneia do sono: realidade escondida



08

Vacinas do viajante



11

Ventilação Não Invasiva (VNI) no doente respiratório agudo: como e quando?



12

Consulta de Enfermagem do Utente Respiratório Crónico/DPOC nos Cuidados de Saúde primários - necessidade ou oportunidade?



15

Origens pediátricas da DPOC



16

Ecare – COPD / Promoção da autogestão na DPOC: Programa formativo



18

Reabilitar a brincar



20

Hospital de Dia Pneumológico



23

Contratar é preciso



28

DPOC. A doença respiratória do século XXI



30

Conhecer o HPV



32

Faltam camas e enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos



36

Tratamento de Úlcera Venosa de Perna



38

Prevenção e controlo de infeções no SNS



42

Superbactérias e resistência aos antibióticos



46

A importância de assegurar um aporte de iodo adequado



50

O pé diabético – uma catástrofe que pode ser evitada



51

Incontinência urinária no idoso



52

Literacia em Saúde é a melhor forma de desmitificar os supostos riscos da vacinação



54

O tratamento da diabetes tipo 1 – um desafio possível?



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  
Tip. Santos & Marques, Lda.  
Rio Maior

# Boas-vindas!

---

Comissão Organizadora

Enf. Maria do Carmo Cordeiro

Dr. João Cardoso

Dr. Ramalho de Almeida

Prof. Doutora Paula Pinto

Enf. Dulce Ferreira

Enf. Rui Silva

Caros colegas,

E, passado um ano, aqui estamos nós, nas III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem sob o lema do Doente Respiratório Crónico: Desafios e Necessidades no Mundo Real!

E é sempre com grande entusiasmo que abraçamos, uma vez mais, a concretização destas Jornadas, esperando que sejam mais uma vez um sucesso pautado pelo elevado número de participantes presentes.

As III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem são um momento singular para todos nós: comissão organizadora, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação e demais profissionais de saúde presentes, vindos de diversos contextos clínicos e, em muitos casos, de diferentes áreas do país. Pretende-se promover a partilha, reflexão, construção de novos conhecimentos e constituir uma referência de boas-práticas na área dos Cuidados Respiratórios de Enfermagem ao doente Respiratório Crónico em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários.

Assim, inovar, partilhar e acrescentar conhecimento foram os verbos que inspiraram a construção do programa científico das III Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem.

Quisemos, este ano, dar um novo impulso às Jornadas, imprimindo uma dinâmica diferente e inovadora, mas igualmente, pautada pelo rigor, premência dos temas, contando com a honrosa presença de prestigiados palestrantes da área respiratória e sociedades científicas.

Estarão em foco, ao longo destes dois dias, temas de relevância na atualidade, como seja, a reabilitação respiratória, a apneia do sono, a nutrição no doente respiratório crónico, a reabilitação na hipertensão pulmonar, terapêutica inalatória nos doentes respiratórios crónicos adultos e pediátricos, origens da DPOC na pediatria e a reabilitação respiratória na pediatria. Haverá também um painel com casos clínicos reais e interativos de Enfermagem de Reabilitação, possibilitando a todos os participantes interagir através de televoto. Ao longo das Jornadas são ainda realizados vários simpósios temáticos.

A par do programa científico, foi nosso propósito criar um programa social, com várias atividades de caráter mais lúdicas para os participantes, como seja, vários momentos de “ShowCooking” sobre alimentação saudável, num momento que se pretende ser interativo, havendo lugar à troca de opiniões e naturalmente à degustação dos pratos confeccionados no decurso das Jornadas, bem como uma aula de Tai-Chi e Shi-Kung e, ainda um espaço de exposição de fotografias alusivas aos Enfermeiros de Reabilitação, proporcionando, deste modo, um salutar encontro com todos os que sentem motivados e interessados pela área respiratória.

Desejamos a todos os colegas, palestrantes e convidados que desfrutem destes três dias de Jornadas, tanto do programa científico como do programa social e, aproveitamos esta mensagem de boas vindas, para agradecer a todos a vossa presença, à qual se deve a existência e sucesso destas Jornadas.

Renovando, pois, a nossa promessa de prosseguirmos futuramente com as Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, sempre com a vontade de fazer mais e melhor a cada ano, contando com o vosso contributo para continuarmos a crescer!

Por último e, não menos importante, o nosso agradecimento à indústria farmacêutica pela colaboração e apoio imprescindível para concretização das Jornadas!



**18-20 ABRIL 2018**  
OLAIAS PARK HOTEL . LISBOA



# Enfermeiro de reabilitação nos cuidados de saúde primários: “self-management” do doente crónico

# É



Mário Costa

Enf. Especialista Reabilitação  
UCC Vila Pouca de Aguiar

É cada vez mais evidente o papel do enfermeiro de reabilitação nos cuidados de saúde e, em particular, nos cuidados de saúde primários; associado a isto temos também o aumento da esperança de vida, que faz com que tenhamos cada vez mais idosos e com mais necessidades de cuidados de saúde.

Vila Pouca de Aguiar, um pequeno concelho do distrito de Vila Real, apresenta algumas características específicas que fez com que um grupo de enfermeiros lhe dedicasse particular atenção.

Até ao início dos anos 90, existiam as minas de ouro de Campo de Jales onde trabalharam mais de 2 mil pessoas, sendo uma grande maioria do concelho, hoje todos com mais de 50 anos. Ainda nesses tempos existiam algumas pedreiras de exploração de granito, que hoje são mais de vinte, o que corresponde a mais de mil trabalhadores com mais de 20 anos. A acrescentar a estes fatores temos o tabagismo nos adolescentes e adultos, e o aquecimento das casas feito através de lareiras. Perante estes dados podemos perceber que temos imensos

doentes e potenciais doentes respiratórios no concelho e que esse problema se prolongará algumas décadas.

Daqui surgiu o projeto “Reabilitar para bem respirar”, que se divide em três áreas: a primeira é a formação, em que é ensinado aos doentes a anatomia do aparelho respiratório, uma pequena explicação so-

Um programa estruturado à medida das necessidades dos doentes baseado na autogestão do esforço, da medicação e da sua própria doença com a supervisão do enfermeiro

bre a DPOC e como utilizar os inaladores; a segunda consiste na reabilitação respiratória que pode ser feita em contexto de ginásio, com sessões de 60 minutos e grupos de 3/4 doentes, ou então em contexto domiciliário, principalmente para doentes com oxigenoterapia contínua ou com francas dificuldades no acesso

ao centro de saúde; a terceira é talvez a mais importante, que é o acompanhamento destes doentes de forma permanente, podendo variar de duas visitas semanais a duas visitas mensais.

Ao longo destes últimos quatro anos de projeto, estiveram envolvidos mais de 50 doentes e as principais conclusões que podemos tirar são: nenhum doente fazia corretamente a medicação (especialmente os inaladores), nenhum doente estava a ser seguido em programas de reabilitação respiratória, grande parte dos doentes tinha mais do que quatro internamentos por ano e várias idas à urgência, e muitos faziam oxigénio 24 horas por dia e não saíam de casa.

Hoje, todos os doentes têm algum tipo de atividade física diária em regime de “SELF-MANAGEMENT”, grande parte deles faz a medicação corretamente (pequenos erros com os inaladores), os internamentos resumem-se no máximo a dois por ano e apenas em quatro doentes, e as idas à urgência são esporádicas.

Um programa estruturado à medida das necessidades dos doentes baseado na autogestão do esforço, da medicação e da sua própria doença com a supervisão do enfermeiro, isto permite ganhos económicos relevantes, maior acessibilidade aos cuidados de saúde, melhor qualidade de vida e um enorme aumento da independência destes doentes.

# Nutrição e doente respiratório crónico: como melhorar a saúde respiratória?

# R

Recentemente, a nutrição tem sido tema de extensa investigação científica na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Contudo, devido à natureza ubíqua da nutrição, a investigação nutricional sobre cada alimento, nutriente ou micronutriente é extremamente complexa, pois analisa uma grande quantidade de compostos bioativos que atuam em uma extensa rede de processos de interação.

Uma das situações mais comuns no doente com DPOC é a perda de peso. Um doente com equilíbrio energético negativo e, conseqüentemente, perda de peso deve aumentar a ingestão energética. Uma dieta adequada em energia e proteína pode ser obtida através da ingestão de pequenas porções repartidas por todo o dia. A dieta energizada e enriquecida com proteínas, geralmente possui um teor maior de gordura (45% da energia total) do que as recomendações para pessoas saudáveis. Devido à elevada proporção de gordura, é fun-

damental ter em consideração a qualidade da gordura, especialmente na escolha da gordura usada para cozinhar, de forma a minimizar a quantidade de gorduras saturadas. É recomendado, nas orientações atuais, que a proteína disponibilize 20% da ingestão de energia total.

O nutricionista deve adaptar a dieta enriquecendo-a com energia e proteína, tendo em consideração os hábitos alimentares, estilo de vida, sintomas e gostos de cada doente. No entanto, os produtos de fortificação podem ser usados para aumentar o teor de energia e proteína em algumas refeições, bem como ajudar a responder às necessidades de vitaminas, minerais e oligoelementos.

De facto, é fundamental satisfazer as necessidades de vitaminas. Está fundamentado que a deficiência de vitamina D e a ingestão insuficiente de vitaminas com capacidade antioxidante (vitaminas A, C e E), encontram-se diretamente relacionadas com aumento da incidência de DPOC, assim como com o declínio mais rápido da função pulmonar em doentes com DPOC. A vitamina D tem um papel importante na homeostase de osso e cálcio, e contribui também com efeitos anti-inflamatórios, anti-infecciosos e antitumorais, bem como melhora algumas funções neuromusculares.



**Cláudia Minderico**

Nutricionista na Clínica Desporsano

Investigadora do CIPER

Professora da Universidade de Humanidades e Tecnologias - Lusófona

Do ponto de vista alimentar, sugere-se que uma dieta bem equilibrada com ingestão suficiente de frutas e vegetais frescos é benéfica para doentes com DPOC, devido à sua composição em vitaminas e minerais com potenciais benefícios no pulmão, mas também pelos benefícios comprovados no risco metabólico e cardiovascular. Também é sugerido em diversas investigações a associação entre o frequente ou elevado consumo de carnes

processadas (curadas e embutidos) e o aumento do risco de desenvolver DPOC.

De referir, ainda, que os suplementos nutricionais orais (como pós, pudins ou líquidos), podem ser utilizados para complementar a dieta quando os requisitos de nutrientes não podem ser satisfeitos através de alimentos e bebidas mais comuns. A suplementação de longo prazo com vitamina E também tem tendência a reduzir o risco de DPOC.

# Apneia do sono: realidade escondida

# A

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio respiratório com elevada prevalência na população e com enormes consequências a nível socioeconómico, sendo considerada atualmente um problema de Saúde Pública, na medida em que as suas repercussões neuropsicológicas propiciam a ocorrência de acidentes laborais e de viação. Por outro lado, a associação da SAOS a complicações cardiovasculares, nomeadamente hipertensão arterial, doença coronária e doença cerebrovascular tem sido apontada como responsável

pelo aumento da morbilidade e mortalidade observada nos doentes com SAOS.

Deve suspeitar-se de SAOS perante um doente obeso com hipersonolência diurna, sensação de sono não reparador, apneias visualizadas e roncopatia. No entanto, é



**Paula Pinto**

Coordenadora da Unidade de Sono e Ventilação não Invasiva do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Professora da Faculdade de Medicina de Lisboa

importante salientar que nenhum quadro clínico é suficientemente específico para se efetuar uma prova terapêutica com ventilação noturna, nem suficientemente sensível para se poder excluir a possibilidade de existência de SAOS sem realização de polissonografia. Assim, todos os doentes com suspeita desta patologia devem ser orientados para uma consulta especializada, a fim de se fazer um diagnóstico e tratamento corretos.

No entanto, não existem recursos físicos e humanos suficientes para fazer face a este desafio crescente. Tendo em conta este facto, tem sido uma prioridade da comunidade científica a investigação de novos métodos ambulatoriais de diagnóstico mais simples e rápidos que facilitem o diagnóstico da SAOS e, conse-

quentemente, permitam o seu tratamento atempado.

Estes novos métodos de diagnóstico incluem pacemakers cardíacos da nova geração, hollers polígrafos e biomarcadores.

Estas novas abordagens diagnósticas permitem estabelecer critérios de prioridade dos doentes em risco de SAOS, fazer um rastreio diagnóstico, avaliar o prognóstico e monitorizar a resposta ao tratamento da SAOS.

Por outro lado, a instituição de uma terapêutica personalizada nos doentes com SAOS constitui um desafio para os clínicos. Esta deve contemplar uma abordagem multidisciplinar assente em medidas de higiene de sono, perda ponderal no caso de obesidade e exercício físico.

O CPAP é a terapêutica de maior eficácia comprovada na SAOS, revertendo as alterações neuropsicológicas, nomeadamente a hipersonolência diurna, reduzindo o risco de acidentes de viação e laborais e diminuindo grandemente o risco de eventos cardiovasculares fatais, assim como o número de eventos não fatais, como enfarte, acidente vascular cerebral e eventos coronários requerendo angioplastia ou cirurgia de bypass.

No entanto, tem-se assistido cada vez mais a uma maior inovação tecnológica nesta área, nomeadamente com a utilização de dispositivos de avanço mandibular, terapêutica miofuncional.

Tem sido uma prioridade da comunidade científica a investigação de novos métodos ambulatoriais de diagnóstico mais simples e rápidos que facilitem o diagnóstico da SAOS

# Vacinas do viajante

# A

A circulação do número de pessoas no mundo globalizado tem tido um enorme crescimento.

Emergem assim, novos destinos turísticos em continentes, como Ásia, África, Médio Oriente, América Central e América do Sul.

Os objetivos subjacentes a estas deslocações dividem-se, na sua maioria, entre motivos profissionais, recreativos e humanitários. Esta situação originou a exposição dos viajantes a novos fatores de risco, nomeadamente na área ambiental e das doenças transmissíveis.

A prevenção e a vigilância em Saúde Pública têm por objetivo identificar e interromper a evolução das doenças. Neste caso, a proteção específica através da imunização, quimioprofilaxia, medidas protetoras individuais e do controle dos vetores é de primordial importância para que se evite a propagação de doenças entre os países.

Neste contexto, a consulta do viajante e os centros de vacinação internacional são serviços que desenvolvem atividades de intervenção preventiva que podem mini-



**Fátima Batarda**

Enfermeira especialista em Saúde Comunitária

Unidade de Saúde Pública  
do ACES Loures Odivelas



A consulta do viajante e os centros de vacinação internacional são serviços que desenvolvem atividades de intervenção preventiva que podem minimizar muito dos riscos a que estão sujeitos os viajantes antes, durante e após a viagem

minizar muito dos riscos a que estão sujeitos os viajantes antes, durante e após a viagem. Dependendo do destino escolhido, o risco de infeção variará de acordo com a finalidade da viagem e do itinerário, o alojamento, higiene e saneamento, bem como o comportamento do viajante. Existem doenças que podem ser prevenidas pela vacinação mas, para algumas doenças infecciosas, ainda não existem vacinas como por exemplo VIH.

O quadro seguinte resume as doenças existentes nos vários continentes, o modo de transmissão e quais as doenças que são evitáveis ou não por vacinação.



DOENÇAS – TRANSMISSÃO – EVITÁVEIS OU NÃO POR VACINAÇÃO

DOENÇAS	TRANSMISSÃO						DOENÇAS NÃO EVITÁVEIS POR VACINAÇÃO	DOENÇAS EVITÁVEIS POR VACINAÇÃO
	VETORES		SANGUE AGULHAS INFETADAS	VIA SEXUAL	VIA AÉREA	ÁGUA/ALIM. CONTAMINADOS		
	MOSQUITO	CARRAÇA						
Bilharziose (Esquistossomose)	Rios e lagos de água doce contaminados por excrementos humanos						X	
Borreliose (Doença de Lyme)		X					X	
Carbúnculo	Esporos presentes nos produtos derivados de animais doentes (couro, lã, etc)							X
Chikungunya	X						X	
Cólera (oral)						X	X	
Diarreia do viajante (EPEC)						X	X	
Difteria					X		X	
Doença de chagas	Picada de artrópode (triatoma) na zona da boca (conhecido como kissing bug)						X	
Encefalite japonesa	X						X	
Encefalite carraça (TBE)		X					X	
Febre amarela	X						X	
Febre do dengue	X						X	
Gripe das aves					X		X	
Hepatite A						X	X	
Hepatite B			X	X			X	
Hepatite E						X	X	
HPV				X			X	
Infeções trato respiratório					X		X	
Influenza (gripe)					X		X	
Leishmaniose	Picada de parasita que suga o sangue do hospedeiro (homem e vários animais)						X	
Malária	X						X	
Meningocócica					X		X	
Pneumocócica					X		X	
Poliomielite					X		X	
Raiva	Mordedura de cães, morcegos, macacos, gatos ou lesões expostas a saliva de animais							X
Riquetsioses	Carraças, piolhos, pulgas, ácaros						X	
Rotavírus						X	X	
Síndrome respiratória aguda grave (SARS)	Contacto com objetos contaminados				X		X	
Tétano	Contacto com objetos contaminados e ferrugentos							X
Tifoide						X	X	
Tripanossomose africana	Picada mosca tsé-tsé (Doença do Sono)						X	
Tuberculose pulmonar					X		X	
Varicela					X		X	
VIH			X	X			X	

Os Centros de Vacinação Internacional atendem utentes de qualquer região do país, desde que sejam portadores de prescrição médica onde constem as vacinas a administrar.

No dia da consulta/vacinação, o utente deverá trazer o seu boletim de vacinas e/ou certificado internacional com o registo de todo o seu histórico vacinal.

Durante a consulta/vacinação, os profissionais de saúde devem analisar o estado vacinal dos viajantes e atualizá-lo com doses de reforço das vacinas de rotina, ou mesmo iniciar as primeiras doses em utentes que nunca foram vacinados com as vacinas recomendadas pelo Plano Nacional de Vacinação.

Após a vacinação, a resposta imune do indivíduo vacinado varia com o tipo de vacina, o número de doses necessárias e se o indivíduo foi vacinado anteriormente contra a mesma doença. O efeito protetor não é adquirido no momento da vacinação, acontecendo apenas após 2 a 4 semanas. Por esta razão, o viajante deve planear com antecedência a sua viagem (4 a 8 semanas) para que se encontre protegido e evitar contrair doenças no país do destino.

A vacinação contra a febre-amarela e febre tifoide é efetuada apenas em centros de vacinação internacional e está sujeita ao pagamento de taxas sanitárias em vigor (portaria Nº 260-A/2011 de 5 de agosto).

A vacina contra a febre-amarela é a única vacina que poderá ser exigida aos viajantes na travessia das fronteiras (de acordo com o Regime Sanitário Internacional) e deve ser registada no certificado internacional passado pelos centros de vacinação internacional.

No entanto, alguns países não autorizam a entrada no

seu território sem o comprovativo de vacinação contra outras doenças como a vacina contra a doença meningocócica tetravalente para a Arábia Saudita (peregrinação a Meca).

O quadro seguinte apresenta a classificação das vacinas mais utilizadas nos viajantes segundo a Organização Mundial de Saúde.

O papel dos enfermeiros é fundamental na vacinação internacional, pois para além da administração de vacinas, torna-se imprescindível a intervenção destes profissionais com questões relacionadas com a educação/proteção da saúde/adoção de medidas preventivas e evitação de comportamentos de risco de forma a minimizar importações de doenças infeto-contagiosas.

## O papel dos enfermeiros é fundamental na vacinação internacional

VACINAS EXIGIDAS POR LEI (REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL)	VACINAS DE ROTINA DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO PORTUGUÊS	VACINAS RECOMENDADAS DEPENDENDO DO PAÍS PARA ONDE SE VIAJA	
		VACINAS FORNECIDAS PELO CENTRO DE VACINAÇÃO INTERNACIONAL	VACINAS ADQUIRIDAS NAS FARMÁCIAS COM RECEITA MÉDICA
Febre amarela	Difteria, tétano, tosse convulsa (DTPa)	Febre amarela	Cólera
Meningite tetravalente	Hepatite B (VHB)	Febre tifoide	Encefalite japonesa
	Poliomielite (VIP)	Todas as vacinas no âmbito do PNV	Encefalite da carraça
	Sarampo, papeira, rubéola (VASPR)		Meningite tetravalente
	Haemophilus influenzae (Hib)		Hepatite A
	Tuberculose (BCG)		Hepatite B (a partir dos 18 anos)
	Vírus do Papiloma Humano (HPV)		Raiva
	Meningite C (Men C)		Varicela
	Infeções S. pneumoniae (Pn13)		
	Tétano, difteria (Td)		

# Ventilação Não Invasiva (VNI) no doente respiratório agudo: como e quando?



**Inês Gonçalves**

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta,  
Centro Hospitalar de Lisboa Central

A ventilação não Invasiva (VNI) é uma modalidade ventilatória que não carece de entubação orotraqueal. É um adjuvante terapêutico extremamente importante para várias patologias, em situações de insuficiência respiratória aguda ou crónica. As situações agudas em que há evidência científica e em que a VNI está recomendada, por ser eficaz, são as exacerbações da DPOC, edema agudo do pulmão cardiogénico, em doentes imunossuprimidos, no desmaime de ventilação invasiva, no traumatismo torácico, no pós-operatório, nas doenças neuromusculares e nos doentes sob cuidados paliativos. Aproximadamente 20% dos doentes com DPOC que recorrem aos serviços de urgência por exacerbação têm ou desenvolvem hipercapnia. O uso de VNI nas exacerbações da DPOC leva a uma diminuição da mortalidade em 46%, diminuição do risco de entubação endotraqueal em 65%, redução dos dias de internamento, diminuição de complicações, melhoria do pH, PO<sub>2</sub> e PCO<sub>2</sub>, em comparação com a terapêutica

médica isolada. Reduz ainda as complicações ligadas à ventilação invasiva, nomeadamente pneumonia associada ao ventilador, excesso de sedação, baro e volumotrauma.

A VNI pode ser realizada no serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos e intermédios, e enfermarias, desde que seja efetuada por profissionais com conhecimentos de fisiopatologia respiratória e com ampla experiência na prática da VNI. Primeiramente, deve iniciar-se a terapêutica médica e a oxigenioterapia titulada para Sat O<sub>2</sub> de 88-92% em doentes com risco de hipercapnia para evitar o seu agravamento e acidemia respiratória. Caso não haja melhoria da acidemia com

a terapêutica médica máxima, a VNI deve ser iniciada. Não deve ser protelada em demasia para evitar que o doente que teria benefício com a VNI possa não o ter e obrigue a recorrer à ventilação invasiva.

O pH é um importante fator de decisão de início de VNI e preditor de sucesso. Quando o pH > 7,35 a VNI não é indicada; pH: 7,30-7,35 a VNI já é indicada. Com pH < 7,30 VNI, é fortemente indicada.

É extremamente importante a monitorização do doente. A sincronização do doente-ventilador, a frequência respiratória e cardíaca, o estado de consciência, a gasometria arterial e as fugas, são alguns parâmetros de vigilância obrigatória. O

doente com insuficiência respiratória aguda apresenta muitas vezes respiração bucal pelo que a máscara oronasal é a mais indicada. Existe atualmente uma grande variedade de ventiladores, mas o importante é a equipa estar habilitada a manejar com destreza cada ventilador existente na sua unidade de trabalho. A VNI previne e melhora a fadiga da musculatura respiratória, reduz o trabalho respiratório e previne o colapso alveolar ao aumentar a capacidade residual funcional. No entanto, a pressão positiva exercida nas vias aéreas pode ser desconfortável. Para minimizar o desconforto, deve-se iniciar a ventilação com pressões mais baixas e subir gradualmente. O EPAP melhora o esforço respiratório e previne o rebreathing do CO<sub>2</sub>. Deve-se iniciar com pressões de 4 a 8 cmH<sub>2</sub>O, conforme a patologia do doente. O IPAP deve ser igualmente iniciado com pressões baixas (10 a 15 cm H<sub>2</sub>O) e aumentar gradualmente, de acordo com a gravidade da acidemia e da resposta clínica e gasométrica. Vários outros parâmetros devem ser ajustados, nomeadamente a frequência respiratória, o trigger e o tempo inspiratório. A intolerância à máscara, as fugas e as assincronias entre doente e ventilador são as causas mais comuns de falência da VNI, sendo igualmente necessário estar atento às contraindicações e complicações associadas ao seu uso.

# Consulta de Enfermagem do Utente Respiratório Crónico/DPOC nos Cuidados de Saúde primários - necessidade ou oportunidade?



As doenças respiratórias crónicas constituem um problema com significativa expressão na saúde pública, em particular pelo impacto que têm na qualidade de vida dos utentes e dos seus cuidadores, sendo responsáveis por elevados custos diretos com a saúde.

No nosso país, as doenças respiratórias crónicas, como seja a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), continuam a motivar cuidados de saúde a diversos níveis, perfilando-se, por isso, uma área premente de intervenção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

São vários os fatores que ampliam o peso destas doenças. Importa, por isso, conhecer quem é o utente respiratório crónico/DPOC nos CSP.

Deparamo-nos frequentemente com um utente complexo e com múltiplas “faces”: utente idoso, a viver sozinho, dependente de familiares, com diversas comorbilidades, poucos recursos económicos, dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde e com iliteracia em saúde. Por

outro lado, encontramos também o utente com DPOC ainda profissionalmente ativo mas resistente às novas propostas de abordagem terapêutica (OLD, VNI, Reabilitação Respiratória) e à terapêutica farmacológica instituída, sendo que a gestão ineficaz do regime terapêutico constitui uma causa importante de não controlo da doença.

A verdade é que a DPOC está presente na maioria dos utentes com comorbilidades, fazendo com que surjam situações extremamente complexas durante as agudizações (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2017). As principais dificuldades na gestão das comorbilidades relacionam-se com a desorganização e fragmentação dos cuidados, e as barreiras no processo de partilha de decisão (Sinnott, Hugh, Browne, & Bradley, 2013).

Assim, entendemos que tais cuidados de saúde devem estar centrados nos cuidados de saúde primários que, devidamente estruturados, planeados e coordenados, promovem uma melhor saúde respiratória dos utentes respiratórios crónicos/DPOC.

No entanto, a maioria das doenças respiratórias crónicas, nomeadamente a DPOC, não têm ainda um acompanhamento devidamente estruturado nos CSP, como já acontece com outras doenças crónicas em Portugal através dos Processos Assisten-



**Sónia Casado**

Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Flor/  
Carrazeda de Ansiães



**Maria do Carmo Cordeiro**

Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas

Enfermeiras Especialistas em Reabilitação



ciais Integrados (PAI) (Direção-Geral da Saúde, 2013). Configura-se, por isso, a necessidade da criação de uma consulta de Enfermagem do Utente Respiratório Crónico/DPOC nos CSP, possibilitando um acompanhamento de maior proximidade, monitorização e follow-up do utente e cuidadores em estreita colaboração com equipa de saúde familiar. Por outro lado, esta é também uma oportunidade para a definição de respostas eficazes na gestão integrada das doenças

respiratórias crónicas/DPOC, a par da gestão das comorbilidades associadas.

É nesta perspetiva que reconhecemos ser uma mais-valia a criação desta consulta, permitindo a partilha de informação e conhecimento entre as diferentes estruturas do Serviço Nacional de Saúde na melhor abordagem do utente respiratório crónico/DPOC. Por outro lado, a posição privilegiada dos CSP possibilita uma fácil acessibilidade com contactos regulares e planeados, útil na orga-

nização dos cuidados a estes utentes (Reis & Cardoso, 2015). A estrutura e os conteúdos do programa educativo da consulta de Enfermagem para o utente com Doença Respiratória Crónica (DRC), estão em alinhamento com as boas práticas e à luz da melhor evidência científica no âmbito da Reabilitação Respiratória: educação para a auto-gestão da doença, gestão das comorbilidades, ensino/treino/follow-up contínuo da técnica inalatória, gestão das terapêuticas coadjuvantes (OLD, VNI)

promoção da atividade física e exercício físico. Estão também contemplados a aplicação de instrumentos de avaliação (monitorização dos sintomas respiratórios e impacto na qualidade de vida), bem como o e suporte emocional ao utente/cuidadores.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas suas competências específicas na área da Reabilitação Respiratória, deverá assumir o papel de gestor de caso nestas situações complexas, articulando-



## A implementação de uma consulta de enfermagem do Utente Respiratório Crónico/DPOC nos CSP se afirma, uma necessidade e uma oportunidade no contexto atual

-se com todos os intervenientes na prestação de cuidados (equipa de saúde familiar). Tendo como um dos pilares e linha de orientação a proximidade ao utente respiratório crónico/DPOC nos CSP, a consulta poderá decorrer em ambulatório ou no domicílio, tendo em

conta a capacidade do utente para se deslocar ou não aos serviços de saúde.

O utente com DPOC<sup>1</sup> ou outra DRC deverá ser referenciado pela equipa de saúde familiar ou instituição hospitalar, aquando do diagnóstico ou quando a patologia já é conhecida mas se detetam agudizações e/ou internamentos frequentes, gestão do regime terapêutico ineficaz, necessidade de inclusão em programa de RR ou outras situações devidamente justificadas.

Após a avaliação inicial recomendada para o utente com DRC para levantamento de necessidades, este deverá ser acompanhado nesta consulta sempre em articulação com os diversos intervenientes na gestão da DRC. Deverão ser bem definidos no plano de ação quais são os objetivos e intervenções a realizar na consulta, bem como as diligências efetuadas junto de outros intervenientes.

Em conclusão, podemos afirmar que a implementação de uma consulta de enfermagem do Utente Respiratório Crónico/DPOC nos CSP se afirma, pela especificidade e complexidade destes utentes, uma necessidade e uma oportunidade no contexto atual.

<sup>1</sup> Ao longo do texto refere-se este modelo de consulta para o utente com DPOC. No entanto esta deverá ser vista como um modelo transversal que se pode aplicar a outras doenças respiratórias crónicas.

### Referência bibliográficas:

- Cordeiro, Carmo (2016) Papel do Enfermeiro na reabilitação respiratória: educação do doente respiratório crónico, *Jornal Médico*, Dossier 3as Jornadas GRESP, janeiro 2016, p.16
- Cordeiro, Carmo (2017) DPOC: Uma abordagem a 360°, *Hospital Público*, Dossier Pneumologia, outubro 2017, p.46
- Cordeiro, Carmo (2017) O papel do enfermeiro na Reabilitação Respiratória em CSP. *Jornal Médico nos Cuidados de Saúde Primários*, Suplemento Infecções Respiratórias, fevereiro, 2017, S12.
- DGS. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).
- Direção-Geral da Saúde (2013) *Processos Assistenciais Integrados*
- Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2017). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Reis, Soraia; Cardoso, Sara (2015) Multimorbidade em cuidados de saúde primários: o que há de novo?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*
- Silva, Liliana (2017) A gestão integrada do doente respiratório na equipa de CSP. *Jornal Médico nos Cuidados de Saúde Primários*, Suplemento Infecções Respiratórias, fevereiro, 2017, S13.
- Sinnott, Carol; Hugh, SheenaMc; Browne, John; Bradley, Colin (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJOpen*.

# Origens pediátricas da DPOC



A ligação entre as doenças respiratórias em idade pediátrica e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) do adulto é antiga. Burrows (Lebowitz & Burrows, 1977) descreveu em 2.626 adultos, com idades superiores a 20 anos, em Tucson, Arizona, a relação entre infeções respiratórias em idade pediátrica e sintomas respiratórios, DPOC do adulto e o declínio acelerado da função pulmonar com o envelhecimento e com o tabagismo. Barker, em 1986, correlacionou a mortalidade por infeções respiratórias em idade pediátrica em 1921-5 com a mortalidade por DPOC cerca de 50 anos depois (1968-78).

Recentemente, Bush (Bush A, 2008) e Martinez (Guerra & Martinez, 2009) refletiram sobre o início em idade pediátrica da DPOC, a partir de estudos longitudinais de doença respiratória e função pulmonar.

Nas conclusões, chamam a atenção para diversos fatores de risco e determinantes precoces da DPOC. A DPOC, considerada apenas como uma doença inflamatória associada ao tabagismo ativo, descarta outros fatores de causalidade, relevantes perante a proporção de fumadores que não desenvolvem a doença.

O conhecimento destes fatores de risco tem importância porque: 1) a DPOC é a 4.<sup>a</sup> causa de mortalidade no mundo e determina um enorme compromisso da qualidade de vida individual; 2) alguns fatores de risco são potencialmente modificáveis, e/ou antecipáveis pela deteção de indicadores preditivos, numa janela temporal muito precoce na vida.

Os fatores de risco mais relevantes, potencialmente modificáveis ou antecipáveis (Savran and Ulrik, 2018), incluem os valores precoces de função pulmonar, o peso ao nascer, a exposição precoce ao tabaco, durante a gravidez e passiva, as infeções respiratórias na infância e a asma.

Os esforços para prevenir o desenvolvimento da DPOC devem incluir a otimização da saúde respiratória tanto antes da conceção, quanto durante a gravidez e nos primeiros anos de vida, com foco na prevenção da obesidade, exposição a poluição, displasia broncopulmonar e impacto de pobreza (Savran and Ulrik, 2018).

A estas evidências somam-se as suscetibilidades genéticas e epigenéticas relacionadas com ADN materno e determinismo genético do crescimento e desenvolvimento pulmonares que poderão suscetibilizar para o desenvolvimento DPOC (Bush A, 2008, D.-D. Wu et al. 2018).

O desenvolvimento de equipamentos e de metodologias de determinação da função respiratória adaptadas às diferentes idades pediátricas



**Teresa Bandeira**

Pediatra, Unidade de Pneumologia Pediátrica e Núcleo de Estudos Funcionais Respiratórios, Sono e Ventilação. Departamento de Pediatria. Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE

Professora Auxiliar de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Os esforços para prevenir o desenvolvimento da DPOC devem incluir a otimização da saúde respiratória tanto antes da conceção, quanto durante a gravidez e nos primeiros anos de vida

teve um papel preponderante no conhecimento das origens precoces da DPOC. A medicina de precisão, incluindo as tecnologias de segmentação

epigenética, poderão aumentar o potencial modificador das intervenções preventivas da DPOC, com potencial aplicação clínica. Oxalá!

# Ecare – COPD / Promoção da autogestão na DPOC: Programa formativo



Parceiros:



TAKE THE WIND



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

Cofinanciado por:

## ECare-COPD

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO NA DPOC: PROGRAMA FORMATIVO

# A

A DPOC continua a ser uma das principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade em Portugal e no Mundo. Independentemente das estratégias de prevenção, diagnóstico e gestão da doença implemen-



**Miguel Padilha**

Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto

tadas, e dos resultados encorajadores observados, muitos são os desafios que nós, enfermeiros, enfrentamos para ajudar as pessoas com DPOC. Destes desafios destaco a necessidade de nos envolvermos na formação ao longo da vida para nos mantermos atualizados e significativos para as pessoas com DPOC. Os comportamentos de autocuidado influenciam, de forma determinante, a nossa condição de saúde. Na doença crónica, diversas entidades nacionais e internacionais preconizam a melhoria das

competências de autogestão da doença, justificando-o com o impacto positivo no controlo da condição de saúde, na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Reconhecendo os desafios que pessoas com DPOC e os enfermeiros enfrentam, a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), com o parceiro tecnológico (Take the Wind), está a desenvolver um programa formativo centrado no desenvolvimento de competências dos enfermeiros para ajudarem as pessoas com DPOC a melhor autogerirem a doença. Este projeto, financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e COMPETE2020, através do Programa Operacional de Competitividade e Internacionalização (POCI), permitirá colmatar uma lacuna formativa que, ainda hoje, subsiste na formação de enfermeiros por todo o mundo. No século XXI, a formação dos enfermeiros encerra novos desafios e oportunidades. A inovação tecnológica, o acesso facilitado a tecnologias de informação e comunicação, associadas à elevada literacia tecnológica e aptidão dos enfermeiros pela inovação e utilização da tecnologia, criou-nos a oportunidade para inovar na oferta formativa com a criação do Ecare-COPD.

Este projeto inova nos conteúdos e nas estratégias pedagógicas, baseando-se no e-learning assíncrono e na simulação clínica virtual em ambiente web, com vista ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Com o Ecare-COPD pretendemos facilitar o acesso e promover o envolvimento dos enfermeiros na formação ao longo da vida. No desenvolvimento do Ecare-COPD participam investigadores e docentes\* da ESEP, especialistas altamente qualificados da Take The Wind, estudantes e enfermeiros peritos, encontrando-se em fase de implementação até fevereiro de 2019. Os conteúdos do programa e a sua especificação foram definidos a partir da revisão sistemática da literatura e validados por peritos nacionais, pelo que os conteúdos encontram-se organizados e serão disponibilizados por módulos de diferentes níveis de complexidade, em resposta às necessidades de certificação dos enfermeiros. O Ecare-COPD estará acessível em suporte multimédia numa plataforma inovadora e terá acesso a um simulador clínico virtual em ambiente web para treino do raciocínio clínico em enfermagem, estando pronto para utilização a partir de setembro de 2018.



Com o Ecare-COPD pretendemos facilitar o acesso e promover o envolvimento dos enfermeiros na formação ao longo da vida

\*Miguel Padilha; Ana Leonor Ribeiro; Paulo Puga Machado; José Luís Ramos. (Mais informações em: <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/ecare-copd/>)

# Reabilitar a brincar

# A

A American Association of Rehabilitation Nurses refere-se ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), em contexto pediátrico, como o principal vetor de auxílio da criança na realização de transições saudáveis, sendo o seu objetivo primordial, independentemente da limitação da atividade/restrição da participação da criança, a funcionalidade no seu potencial máximo, para que esta se torne membro ativo da sua família e comunidade. Para que tal seja possível, a criança deve ser encarada como uma pessoa com características próprias e singulares, indissociáveis do seu estágio de desenvolvimento e cujas especificidades devem ser ponderadas no seu processo de reabilitação, demarcando-se do clichê de “adulto em miniatura”. O EEER deverá propor-se, assim, a desenvolver com qualidade e eficiência as potencialidades da criança, de modo a que esta adquira (ou readquira) o máximo da sua função e independência, proporcionando simultanea-

mente cuidados atraumáticos, centrados na família e com o brincar a constituir o seu mais valioso instrumento terapêutico.

A importância do brincar e do jogo terapêutico foi reconhecida já durante o século XX, com o auge da sua valorização na última metade do século, transposta na Declaração da International Play Association e na Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1961 e 1989, respetivamente. O brincar foi, assim, definido como essencial e indissociável ao desenvolvimento infantil, afirmando-se como uma necessidade básica da criança e um importante fator atenuante dos stressores associados aos cuidados de saúde. O EEER inclui, sempre que adequado, o brincar na sua intervenção, sendo possível a utilização de um sem número de dispositivos técnicos e material lúdico, entre os quais balões de ar, bolas de sabão, fantoches... A imaginação e a criatividade são o limite.

Alguns exemplos de adaptações lúdicas de exercícios e técnicas sobejamente conhecidas de Reeducação Funcional Respiratória são a utilização de uma palhinha colorida como estímulo à realização de inspirações profundas; encher balões, soprar bolinhas de sabão ou soprar uma corneta de festa como estímulo a uma expiração lenta; jogos



**Joana Casal**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal - ACES Almada/Seixal

Reabilitar a brincar  
poderá parecer simples,  
mas, pelo contrário, é  
infinitamente complexo  
e deliciosamente  
desafiador



de imitação para estimulação da tosse e correção postural; a utilização do boneco de apego da criança para familiarização com dispositivos diversos (como máscaras de oxigénio ou interfaces de ventilação não invasiva); o recurso a um peluche para exemplificar os posicionamentos para drenagem postural e manobras acessórias. Incluir atividades de brincar no plano de reabilitação implicará sempre respeitar a disponibilidade e

a vontade de participação da criança, devendo existir abertura à negociação do momento, espaço e forma de realizar a intervenção pretendida, tal como preconiza a Carta da Criança Hospitalizada (1988). Reabilitar a brincar poderá parecer simples, mas, pelo contrário, é infinitamente complexo e deliciosamente desafiador. Se nos deixarmos desafiar em pleno, conseguimos que o brincar com fins terapêuticos não seja apenas desafiador,



mas simultaneamente divertido, tanto para o Enfermeiro que cuida como para a criança que é cuidada. Reabilitar a brincar é aproximarmo-nos do que mais intrínseco existe na criança, é envolvermo-nos por instantes no seu colorido mundo de fantasia, conquistando a sua confiança, o que, em última instância, traduzir-se-á em ganhos em saúde. Não nos esqueçamos, então, de reabilitar a brincar: brincar para cuidar e cuidar a brincar.

# Hospital de Dia Pneumológico

# S

Segundo o relatório<sup>1</sup> do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, é expectável que a incidência das doenças respiratórias crónicas continue a aumentar nos próximos anos. Muitas destas doenças, associadas a várias comorbilidades, impõem limitações significativas às atividades de vida diária, atividades sociais e profissionais dos doentes, das famílias e cuidadores, com repercussões nas instituições de saúde e, consequentemente, na economia do país.

A diminuição da capacidade de exercício, as frequentes exacerbações, os sucessivos recursos aos serviços de urgência, por vezes com necessidade de internamento, e o agravamento progressivo da doença contribuem para uma deterioração da função respiratória, com implicação na função motora e cognitiva.

Neste sentido, a Pneumologia do HPV – CHLN procurou dar resposta a esta necessidade através do Hospital de Dia Pneumológico (HDP), onde uma equipa multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista) assegura componentes dife-



Equipa de Enfermagem

Hospital de Dia Pneumológico – HPV – CHLN

A intervenção multiprofissional procura resolver e acompanhar os problemas de saúde do doente, definindo com este um plano terapêutico e, por outro lado, desenvolver intervenções promotoras de Educação para a Saúde

rentes de cuidados garantindo a gestão integrada da doença respiratória crónica. Esta assenta em três princípios fundamentais: gestão da própria doença crónica, controlo da sua evolução e a continuidade dos cuidados.

A intervenção multiprofissional procura resolver e acompanhar os problemas de saúde do doente, definindo com este um plano terapêutico e, por outro lado, desenvolver intervenções promotoras de Educação para a Saúde, através do ensino e treino do doente/família e/ou cuidador e que possam incrementar autonomia na gestão da sua doença.



Melhoramos a qualidade de vida dos nossos pacientes



Confiança na Experiência

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





A equipa torna-se um elemento pró-ativo e ativador do processo da gestão integrada da doença respiratória crónica, com estratégias impulsionadoras de adesão ao regime terapêutico e promotora da continuidade de cuidados

A identificação de sinais e sintomas da doença, o controle das manifestações sistémicas e das comorbilidades, a melhoria da capacidade funcional, nomeadamente ao nível da realização das atividades de vida, o manuseamento e a utilização correta e otimizada dos diferentes dispositivos (Oxigenoterapia e VNI), a aprendizagem das diferentes técnicas (Inaloterapia), o cumprimento de exames e consultas solicitadas são áreas nobres dos cuidados de Enfermagem.

Abordagens preventivas ao nível da cessação tabágica, vacinação, hábitos de vida saudável, alimentação, atividade física, sono e repouso, toma correta de toda a polimedicação, são também áreas de intervenção da equipa, com respetivo encaminhamento para outros profissionais, sempre que seja necessária uma intervenção mais específica.

A partilha de todas estas experiências e vivências em hospital de dia permite ao doente/família e/ou cuidador adquirir conhecimentos e competências, que de forma gradual vai interiorizando e aplicando no seu dia a dia. Pretende-se que o doente permaneça o maior tempo possível sem agudizações, sem recorrências aos serviços de urgência e internamentos. A instituição de terapias como a terapêutica inalatória, oxigenoterapia, ventilação não invasiva e reabilitação respiratória exige da equipa multiprofissional uma proximidade com o doente/família e/ou cuidador, e vice-versa, de forma a planear e intervir ativamente em todas as etapas de instituição / modificação / otimização e monitorização de cada uma destas terapias.

No contexto atual de acompanhamento destes doentes em ambulatório, assim como na sua residência (assistência

domiciliária da Insuficiência Respiratória – ADIR), a articulação com as empresas de Cuidados Respiratórios Domiciliários é deveras essencial para que todas estas terapêuticas possam ser instituídas de forma eficaz e otimizadas durante o tratamento, ao longo dos anos.

Numa perspetiva transversal, a equipa torna-se um elemento pró-ativo e ativador do processo da gestão integrada da doença respiratória crónica, com estratégias impulsionadoras de adesão ao regime terapêutico e promotora da continuidade de cuidados.

Torna-se evidente que a existência de áreas de ambulatório no acompanhamento do doente respiratório crónico é essencial no panorama atual do sistema de saúde. Pelo que é de realçar a importância e o valor da presença de profissionais diferenciados na prestação de cuidados respiratórios, sendo estes fundamentais para o desempenho de funções promotoras de boas práticas em prol da qualidade dos cuidados, com impacto positivo na saúde dos doentes e na sua vida.

Podemos afirmar que todos os profissionais do Hospital de Dia Pneumológico procuram, de forma empenhada e segura, dar resposta na criação de estratégias de acompanhamento dos doentes respiratórios crónicos com a integração de cuidados respiratórios domiciliários e programas de reabilitação respiratória, na tentativa de manter o doente na rede de cuidados, no contexto familiar, com bem-estar e qualidade de vida.

<sup>1</sup> Relatório ONDR 2013



## ANA RITA CAVACO

# Contratar é preciso

**Quando ainda não estão cumpridos dois anos de mandato, como avalia a aplicação do seu 'programa de governo' na liderança da Ordem dos Enfermeiros?**

Tendo em conta o histórico que nos precedeu, sempre tivemos a sensação de que a Ordem dos Enfermeiros não estava a assumir verdadeiramente o seu papel, nem a cumprir cabalmente as suas obrigações.

Passados quase dois anos, a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, **Ana Rita Cavaco**, ainda não tem resposta do Governo nem dos partidos com assento parlamentar à proposta de contratação anual (durante 10 anos) de três mil profissionais, solução cujo impacto orçamental não ultrapassaria os 65 milhões de euros. Entretanto, agrava-se o défice do número de enfermeiros contratados pelo SNS, que a OE estima serem já 30 mil profissionais


De facto, o regulador tem uma esfera de competências que lhe é devolvida e confiada pelo Estado com um propósito muito claro: criar um conjunto de regras e regulamentos que permitam aos enfermeiros ter condições para exercer adequadamente a sua profissão. Dito isto, os enfermeiros andaram sempre muito à frente do regulador. E por assim acontecer, eu e a minha equipa assumimos desde logo que tínhamos de

ser nós a correr atrás dos nossos pares, numa corrida veloz e sem hesitações, para podermos responder às suas exigências e necessidades, designadamente em termos de competências e novas especialidades cuja certificação é da nossa responsabilidade. Mas só podia ser assim – numa corrida ao sprint. Resultado: ao avaliarmos estes primeiros vinte meses de mandato, não deixa de nos impressionar o muito que já conseguimos fazer, e que excede largamente as nossas expectativas. De facto, o sentimento que partilhamos é de manifesta superação face às metas inicialmente apontadas no projeto que sonhámos para a Ordem dos Enfermeiros. E mais obra feita poder-se-ia apresentar não fossem alguns dossiês que entretanto aguardam a resposta de outras entidades.

#### **O que destacaria da obra feita?**

Tudo o que vimos realizando no contexto da proximidade é algo que deve ser bem sublinhado. Que o mesmo é dizer: os enfermeiros sentem hoje que esta casa, finalmente, passou a ser sua. Ou seja, eu e a minha equipa, conscientes de que estamos aqui apenas de passagem, assumimos a missão e o compromisso de cuidar de um bem que é de todos os enfermeiros. Esta relação cada vez mais próxima, mais atenta e mais identificada com as questões relevantes para o presente e o futuro dos profissionais de enfermagem em Portugal, envolvendo diretamente a Ordem, tem a ver com uma cultura de dignidade e maturidade que para nós é mandatária. E isso traduz-se em coisas concretas, tangíveis, relevantes. Por exemplo, a partir de agora, já podemos

certificar competências acrescidas aos enfermeiros, o que até à nossa entrada em funções não era possível, e um bom exemplo tem a ver com a competência avançada em Gestão. Novidade é igualmente a criação e regulamentação de quatro áreas de especialidade na Enfermagem Médico-Cirúrgica: Crítica, Paliativa, Perioperatória e Prónica. Entretanto, na Enfermagem Comunitária foram reabilitadas as áreas de especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública, e lançada uma nova área



“Ao avaliarmos estes primeiros vinte meses de mandato, não deixa de nos impressionar o muito que já conseguimos fazer, e que excede largamente as nossas expectativas”



“Esta relação cada vez mais próxima, mais atenta e mais identificada com as questões relevantes para o presente e o futuro dos profissionais de enfermagem em Portugal, envolvendo diretamente a Ordem, tem a ver com uma cultura de dignidade e maturidade que para nós é mandatória”



de especialidade: Saúde Familiar. Para além disso, há um conjunto de benefícios e serviços até aqui inexistentes e que representam importantes mais-valias para os enfermeiros, desde o aconselhamento em prática clínica ao acesso e partilha de informação. Outro tópico que temos de destacar reporta à contratação pública, que passou a existir. É que, por não estar profissionalizada, esta casa não tinha contabilidade conforme a legislação fiscal. Agora, já estamos organizados. Tudo isto foi feito em menos de metade do nosso mandato. Os enfermeiros sabem disso e não escondem a sua satisfação – o que só nos motiva a fazer cada vez mais e, sobretudo, a fazer melhor.

**Do que falta cumprir, onde residem as suas principais inquietações?**

Como tudo na vida, há sempre

algo por fazer, ajustar, corrigir. Em relação ao nosso trabalho na Ordem, vários são os casos em que a concretização do projeto não depende exclusivamente do nosso desempenho. Um exemplo significativo: de que nos vale a nós, enquanto entidade reguladora, definirmos uma dotação segura do número de enfermeiros para um determinado número de camas, uma tipologia de serviço e um conjunto específico de cuidados a prestar, se o Governo pura e simplesmente não avançar com a contratação, continuando nós a confrontar-nos com situações de um enfermeiro para quarenta ou cinquenta ou sessenta doentes? Assim, é muito difícil. Mas não impossível, porque nunca por nunca deixaremos de insistir e de nos fazer ouvir, na desfesa intransigente da dignidade dos enfermeiros e da sua

“No rácio enfermeiro/habitante, estamos já atrás de países como a Estónia, a Eslovénia ou a Letónia; ou seja, atualmente Portugal tem 6,3 enfermeiros por mil habitantes, enquanto a média europeia se situa nos 8,4”



segurança, que, afinal, é a segurança dos doentes e, no limite, do próprio Sistema Nacional de Saúde.

**Ainda e sempre, a questão da escassez de investimento...**

Claro que sim. E essa continua a ser, acima de tudo, uma questão política. Não basta que os sucessivos governos concordem que o SNS é uma grande conquista e um pilar da democracia, é imperativo que o vejamos como fator de coesão social e até de segurança nacional. Mas a realidade tem-nos dito que mais importante e prioritário tem sido o apoio ao sistema financeiro e à Banca, com os resultados e consequências que todos conhecemos. Não tenhamos dúvidas: sem investimento presente não haverá futuro para o SNS. E por muito que se diga o contrário, o facto é que em Portugal o número de camas nos hospitais e serviços de saúde é cada vez mais reduzido. Os dados são públicos e têm por fonte a Comissão Europeia: no rácio enfermeiro/habitante, estamos já atrás de países como a Estónia, a Eslovénia ou a Letónia; ou seja, atualmente Portugal tem 6,3 enfermeiros por mil habitantes, enquanto a média europeia se situa nos 8,4. Está tudo dito.

**Apesar de tudo, não deixa de ser otimista...**

Sim – e talvez um pouquinho utópica... Vamos ao ponto: toda a gente já reconheceu que o SNS, tal como existe, está obsoleto. E aqui entra o meu otimismo e uma certa dose de utopia, para dizer que, sinceramente, acredito que os partidos políticos têm tudo para resolver esta questão, assim haja vontade de a eleger como

desígnio nacional, motivo de convergência e verdadeiro pacto de regime.

**A emigração dos enfermeiros é um tema que continua a suscitar diferentes ângulos de observação. Como avalia a questão?**

É um facto que a emigração permanece em alta, embora tenha diminuído face a 2016, decréscimo esse que reflete já os efeitos do Brexit. Mas se é adquirido um movimento menos significativo para o Reino Unido, também está acontecer a situação inversa com a nossa emigração para vários países do Médio Oriente. Numa visão mais alargada, a procura de enfermeiros portugueses surge dos vários continentes – e por uma razão evidente: a nossa formação é reconhecidamente a melhor do mundo, tanto no plano académico como em termos práticos.

**Estamos, a nível nacional, perante uma desadequação da oferta face à procura de trabalho por parte dos enfermeiros que se formam todos os anos?**

Não creio. O que se nota é um problema de contratação, manifestamente da maior urgência, que o Governo tarda em resolver. Os números estão apurados: temos atualmente mais de 15 mil enfermeiros fora do país, que fazem cá muita falta. Mas enquanto a contratação não avançar, para muitos de nós não há saída profissional em Portugal, quer no público, quer no privado, pelo que a emigração é inevitável.

**Os 15 mil enfermeiros que está a assinalar não chegariam, ainda assim,**



**para suprir as reais necessidades internas...**

Pois não. Faltariam outros tantos, já que somos deficitários em 30 mil enfermeiros. O número é sem dúvida impressionante, resultado de uma política de desinvestimento que se arrasta há dez anos. Diante deste cenário e sem perder de vista as necessidades do país em termos de controlo da despesa pública, tivemos o bom senso, logo no início do mandato, de avançar com uma proposta de contratação anual (durante 10 anos) de três mil enfermeiros. Essa proposta, cujo impacto orçamental não ultrapassa os 65 milhões de euros, foi apresentada ao Governo e a todos os partidos com assento parlamentar. Passados quase dois anos, ainda não temos novidades...

**E para fecharmos o capítulo da formação, que**

**iniciativas destacaria com a assinatura do Ordem dos Enfermeiros?**

Olhamos para este tópico com a maior atenção. Depois de todo um trabalho prévio de criação e aprovação de regulamentos, necessários e que surgem pela primeira

vez nesta casa, finalmente a formação certificada pela Ordem vai ser uma realidade, tendo por suporte a bolsa de formadores que recrutámos. A primeira dessas ações (na sua maioria gratuitas) vai acontecer já neste primeiro trimestre, incidindo sobre os

Cuidados Paliativos. Diria, finalmente, que o regulador também tem esta função, esta competência, enquanto entidade acreditadora e promotora de ações de formação.

**Que mensagem gostaria de deixar aos leitores deste Anuário?**

Os enfermeiros não podem contemporizar com situações de stress insuportável, resultantes, quase sempre, do excesso de trabalho. E o facto é que são muitos os profissionais confrontados com essa situação. A todos quero reiterar o nosso compromisso de continuar a trabalhar em todas as frentes para devolver a dignidade a uma profissão que, em boa verdade, é muito mais do que isso. Contem connosco e tenham presente a máxima que elegemos para a Ordem dos Enfermeiros: Ninguém está sozinho.

“Somos deficitários em 30 mil enfermeiros, resultado de uma política de desinvestimento que se arrasta há dez anos”

# DPOC. A doença respiratória do século XXI

# O

O acrónimo DPOC diz-nos coisas importantes sobre a doença: D, diz-nos que estamos perante uma doença; P, que o seu órgão de expressão é o pulmão; O, que o processo chave é a obstrução brônquica responsável pelas dificuldades respiratórias sentidas pelo doente; C, diz-nos que a doença é crónica. Porém, para o acrónimo ser completo teria que ter pelo menos mais duas letras: G, de grave, e I, e incapacitante.

Apesar de ser uma doença importante – a 4.ª causa de morte a nível mundial – não sabemos com precisão quantos portugueses sofrem de DPOC. Sabemos que, entre nós, é uma doença subdiagnosticada e subtratada e que os estudos epidemiológicos mais credíveis apontam para que afete 14,2% da população com mais de 40 anos, ou seja, cerca de 800.000 pessoas.

A sua principal causa é o tabagismo – 90% dos casos acontecem em fumadores. Fumar provoca uma inflamação crónica dos brônquios, que se traduz por tosse e expectoração crónicas, e destruição do tecido pulmonar (enfisema) que origina uma deficiente oxigenação do sangue (hipoxemia crónica), responsável pelo cansaço e dispneia pro-



Jaime Pina

Médico

Fundação Portuguesa do Pulmão

Sabemos que, entre nós, é uma doença subdiagnosticada e subtratada e que os estudos epidemiológicos mais credíveis apontam para que afete 14,2% da população com mais de 40 anos, ou seja, cerca de 800.000 pessoas



gressiva, para esforços cada vez menores. Nas fases finais, o doente acaba por não ter capacidade respiratória para suportar as atividades de vida diárias.

Apesar de ser uma doença respiratória, os seus determinismos fisiopatológicos tornam-na numa doença multissistémica. O sedentarismo forçado (pela incapacidade respiratória) e a hipoxemia crónica estão na base de outros problemas, tais como: obesidade, diabetes, osteoporose, doenças intestinais



crônicas, hipertensão arterial e doença cardiovascular. A doença cardiovascular aguda é, muitas vezes, a causa de morte – enfarte do miocárdio e acidente cerebrovascular. Igualmente importante como causa de morte estão as exacerbações, muitas vezes causadas por infecções respiratórias banais, bacterianas e víricas, e que motivam o internamento hospitalar. A mortalidade nestes internamentos atinge os 10%. Sabe-se que os doentes com exacerbações frequentes re-

presentam um subgrupo, ou fenótipo, associado a pior prognóstico.

Entre nós, a DPOC é a terceira causa de internamento por doença respiratória com 8.190 internamentos em 2015 (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - ONDR). Mas este número é substancialmente maior, porque muitos dos internamentos destes doentes são registados noutras rubricas nosológicas como “pneumonias” (a 1.ª causa de internamento hospitalar)

e “insuficiência respiratória” (a 2.ª causa).

O mesmo se passa com a mortalidade, pois, para além dos 885 óbitos verificados nesse ano (ONDR), muitos outros óbitos são inseridos nas rubricas, “neoplasias do pulmão”, “pneumonias” e “insuficiência respiratória”.

Na abordagem terapêutica da DPOC temos armas cada vez mais eficazes (broncodilatores e corticoides), que aliviam os sintomas, diminuem as agudizações, atenuam o declínio da função respirató-

ria e reduzem a mortalidade, porém, incapazes de parar a evolução da doença nos doentes que continuam a fumar. Assim, nestes doentes, a interrupção tabágica é o elemento chave. A vacinação antigripal e antipneumocócica contribui para evitar muitas exacerbações.

Nos doentes hipoxémicos crônicos, a administração de oxigénio (domiciliário e de deambulação) é mandatória, como forma de se interromper as respetivas consequências cardiovasculares e sistémicas e permitir ao doente ter uma melhor qualidade de vida. Nestes doentes, as viagens de avião exigem oxigenoterapia. Elemento fundamental na terapêutica da DPOC é a reabilitação respiratória, com as suas técnicas de ensino da respiração, drenagem brônquica, tonificação muscular e treino do exercício. A reabilitação respiratória é, no presente, um sério problema, pois menos de 1% dos doentes necessitados desta abordagem terapêutica a ela têm acesso.

Por fim, uma palavra, talvez a mais importante, e que se prende com o diagnóstico precoce. Este pode ser feito através de um teste simples, a espirometria, que mede a intensidade da obstrução das vias aéreas e a capacidade respiratória. Este exame deve ser realizado de forma sistemática em fumadores, ex-fumadores e pessoas sintomáticas. Portugal tem uma incipiente Rede Nacional de Espirometria que urge alargar a todo o território nacional.

# Conhecer o HPV

# D

Dizer HPV é falar do Vírus do Papiloma Humano/Human papillomavirus. Nesta designação cabem mais de 100 serotipos do vírus, 40 dos quais com transmissão preferencial por contacto sexual. Estes serotipos podem ser divididos em HPV de Alto Risco e de Baixo Risco.

A infeção por HPV é tão frequente, quer por contacto pele a pele, quer por contacto sexual, que ao longo da vida é provável termos sido ou virmos a ser infetados. Muitas vezes a infeção é combatida eficazmente pelo sistema imunitário, noutros casos tornamo-nos portadores assintomáticos, e noutros ainda a infeção origina lesões, desde verrugas e condilomas, a diferentes tipos de cancro.

Os serotipos de Baixo Risco afetam homens e mulheres causando condilomas genitais, em qualquer área de contacto sexual.

Os serotipos de Alto Risco são responsáveis por 100% dos casos de cancro de colo do útero e por muitos casos de cancro oral, do ânus, da vagina, da vulva e do pénis.

São fatores de risco para cancro do colo do útero: o início

precoce da vida sexual, o facto de se terem múltiplos parceiros sexuais sem uso de preservativo, a não vacinação contra o HPV, o tabagismo e a suscetibilidade familiar.

Vale a pena saber que no caso do HPV o preservativo não assegura proteção completa, por não cobrir todas as áreas de contacto sexual; e que a vacinação contra o HPV deve ser administrada antes do início da vida sexual, mas já provou benefícios mesmo após este início.

A vacina contra o HPV é gratuita e faz parte do Programa Nacional de Vacinação para as raparigas. Esta vacina protege contra 7 serotipos de HPV de Alto Risco, responsáveis por cerca de 90% dos casos de cancro do colo do útero, previne o cancro da vulva e da vagina e protege contra 2 serotipos de HPV de Baixo Risco, responsáveis por cerca de 90% dos condilomas genitais. Nos rapazes, apesar de não ser comparticipada, a vacina pode ser administrada e previne o cancro do pénis, do ânus, e os condilomas genitais.

A vacina não protege a 100%, porque não confere proteção para todos os serotipos de HPV. Assim, mesmo após a vacina, deve usar-se preservativo.

A vigilância é a melhor arma contra o cancro do colo do útero: após o início da vida sexual as raparigas devem realizar citologia ginecológica/teste de Papanicolau com a periodicidade que o médico de família/



Joana Caiado

Médica de família

Liga Portuguesa Contra o Cancro

A infeção por HPV é tão frequente, quer por contacto pele a pele, quer por contacto sexual, que ao longo da vida é provável termos sido ou virmos a ser infetados

ginecologista indicarem. Este exame faz o rastreio do cancro do colo do útero, dando ao médico a indicação de quais as

mulheres com maior probabilidade de lesões pré-malignas/malignas, que justificam um acompanhamento diferente.



II JORNADAS

**CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

17 A 19 MAIO 2018 | GRANDE AUDITÓRIO DO ISCTE-IUL | LISBOA

APOIOS:



# HÁ CANCROS QUE PODEM SER PREVENIDOS.

O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar cancro e doenças genitais em homens e mulheres. Não é possível prever quem poderá desenvolver doença associada a este vírus. Mas é possível prevenir.

Fala com o teu médico sobre a vacinação contra o HPV.



LIGA PORTUGUESA  
CONTRA O CANCRO

[www.hpv.pt](http://www.hpv.pt)

## O PAPILOMAVÍRUS HUMANO NÃO ESCOLHE SEXOS.

#hpvfree



COM O APOIO:



COLABORAÇÃO:





## MARIA MANUEL VARELA

# “Faltam camas e enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos”

### **Que valor atribui à Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação da Medicina Intensiva?**

A Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação da Medicina Intensiva, aprovada em agosto de 2017 é, a meu ver, um documento estruturante da Medicina Intensiva que implicou uma redefinição organizativa e funcional dos serviços em termos

Enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos e vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, **Maria Manuel Varela** considera que a rede nacional está bem estruturada, mas entende que a capacidade instalada de camas em medicina intensiva é claramente insuficiente. Quanto ao número de enfermeiros, sustenta que também existe uma carência significativa.

institucionais. Algumas Unidades de Cuidados Intensivos evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva, tendo como missão a gestão do doente crítico mesmo fora das paredes da unidade.

Julgo que a abordagem ao doente crítico estruturada neste documento veio permitir identificar precocemente estes doentes, conseguindo, por vezes, evitar os internamentos



**Maria Manuel Varela**

Vice-presidente da SPCI

nos serviços de Medicina Intensiva ou então minimizar os tempos de internamento e consequentemente os custos hospitalares.

Saliento a orientação que proporciona em termos de estrutura dos Serviços de Medicina Intensiva no que respeita às suas áreas constituintes, bem como aos dos recursos humanos de que estes serviços devem dispor na sua prática diária.

Outro valor acrescentado desta rede foi a criação dos eixos de referência para que os doentes recebam os cuidados que necessitam de acordo com a sua situação clínica no mínimo de tempo possível e não haja perdas de tempo na sua assistência que condicione a sua recuperação e qualidade de vida.

Considero que este documento é uma mais-valia na estruturação da assistência aos doentes críticos, contudo há que criar condições que facilitem a sua operacionalização, para que haja uma resposta adequada às solicitações.

#### **A capacidade instalada, isto é, o rácio cama/habitante, é suficiente?**

A capacidade instalada de camas de Medicina Intensiva é manifestamente insuficiente, Portugal era, no início desta década, o país europeu com o menor rácio de camas de medicina intensiva por 100 000 habitantes. Contudo, nos últimos cinco anos, houve algum progresso, cifrando-se o rácio atualmente em 6,4 camas por 100 000 habitantes, porém ainda consideravelmente abaixo da média europeia (11,5 por 100 000 habitantes) e insuficiente para as necessidades de cobertura da rede de cuidados críticos.

#### **E em termos de cobertura do território?**

Julgo que a cobertura em termos de território é suficiente, pois o país dispõe de cerca de 60 Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, contudo algumas dessas unidades é que têm uma dimensão abaixo

do expectável para o n.º de habitantes da sua área de referência. Não me parece necessário aumentar em número as UCI, mas sim dotar as existentes de mais camas que possam dar resposta às solicitações de que são alvo. Uma problemática acrescida que me preocupa é o facto de muitos hospitais não disporem de Unidades de Cuidados Intermédios. A existência destas unidades é de suma importância na garantia da continuidade dos cuidados ao doente crítico, que tem alta clínica das Unidades de Cuidados Intensivos, permitindo uma vigilância e monitorização contínuas antes da sua transição para a enfermaria. O que se verifica, inúmeras vezes, é que estes doentes permanecem nas unidades de cuidados intensivos a ocupar camas de nível III por o hospital não dispor de um serviço que lhe garanta essa continuidade de cuidados ajustados à sua condição de saúde no momento da alta da UCI.

#### **Neste quadro, que benefícios trouxe a criação das diferentes vias verdes?**

O fundamento da criação das vias verdes foi maximizar as hipóteses de sucesso na abordagem da pessoa em situação crítica, proporcionando rapidez de assistência, encaminhamento e tratamento adequados à criticidade da situação clínica, decisiva para um bom resultado terapêutico. O encaminhamento dos doentes é efetuado com base em critérios clínicos específicos e bastante rigorosos, para as unidades hospitalares adequadas às necessidades específicas de cuidados, permitindo um apropriado tratamento do doente.

Neste âmbito, tenho noção que existem vias verdes que se encontram operacionalizadas em pleno. Relativamente à Via Verde Sepsis, preocupa-me o facto de ainda não ter sido implementada integralmente em todas as instituições hospitalares.

**A capacidade instalada de camas de Medicina intensiva é manifestamente insuficiente em Portugal**

Dados portugueses indicam que 22% dos internamentos em UCI são devidos a sépsis e que estes casos originam uma mortalidade hospitalar global de cerca de 40%, ou seja, quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC. Se o início da Via Verde Sépsis data de 2011, passados sete anos é importante refletirmos sobre o porquê desta inoperância e que estratégias deve ser pensadas no sentido de tornar operativas as nossas organizações, sabendo que o atraso do diagnóstico aumenta abissalmente a taxa de mortalidade, gerando um impacto económico e social muito negativo.

#### **Justificam-se novas áreas de atuação?**

As áreas de atuação das vias verdes existentes são efetivamente as mais prementes, pois abarcam as patologias que apresentam uma maior taxa de mortalidade a nível mundial e em que a rapidez na assistência e encaminhamentos adequados são determinantes.

Mas uma nova área que considero relevante é a Via Verde Queimados, pois é reconhecido o impacto que o conjunto de incêndios de grandes dimensões que ocorreram no nosso país teve nos serviços de saúde. O número de doentes queimados é elevado e associado a uma elevada morbidade e mortalidade. Neste contexto, julgo que faz todo o sentido a criação de um sistema de resposta rápido que, obviamente, exige a conceção de critérios de ativação muito específicos que permitam o encaminhamento desta tipologia de doentes de acordo com a sua situação clínica para os centros nacionais de referência.



#### **A medicina intensiva pressupõe uma abordagem multidisciplinar. Qual o papel dos enfermeiros neste domínio?**

Perante a especificidade destes serviços e a complexidade das situações clínicas apresentadas pelo doente crítico, é perentória uma abordagem multidisciplinar onde o papel de qualquer profissional faz a diferença e o trabalho de equipa torna-se crucial. O desenvolvimento tecnológico, aliado ao desenvolvimento científico na área da doença crítica, torna impossível trabalhar isoladamente, valorizando o contributo específico de cada disciplina, na paridade, sendo o enfermeiro um par reconhecido e valorizado.

pensamento crítico, atento, reflexivo, com um papel ativo no processo de tomada de decisão.

#### **Há enfermeiros em número suficiente?**

Considero que não. Existe uma carência significativa de enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos. Embora as dotações sejam melhores que nos restantes serviços do hospital, ainda não estão garantidos os rácios enfermeiro/doente em função das tipologias das UCI. Se tivermos em conta a classificação das UCI em três níveis de cuidados que a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos convencionou e que ainda hoje é adotada pela Direção-Geral de Saúde em Portugal, que para se atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde recomendam que devem ser utilizados sistemas específicos de cálculo da dotação de enfermeiros, (Unidade nível III, o rácio deve ser de 1:1), corroborado pelo documento da norma para cálculo de dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros. Para manter o rácio de 1:2 em períodos críticos, a solução tem passado por em algumas inativarem camas. Esta situação de recurso agrava substancialmente a problemática da carência de camas em Medicina Intensiva, sobrecarregando os enfermeiros com trabalho extraordinário, com consequências em termos de absentismo. A carência de recursos de enfermagem implica com o normal funcionamento destas unidades, com a qualidade dos cuidados prestados e, inevitavelmente, com consequências nos indicadores de resultado.

### **E com formação específica para os contextos de emergência?**

Julgo que no contexto atual que vivenciamos a nível da profissão, podemos dizer que os enfermeiros continuam a investir na formação especializada e entendem-na como um investimento de valor, na prestação de cuidados como garante de uma melhor qualidade de cuidados de saúde.

Atualmente, temos aproximadamente 3500 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, muitos destes exercem funções no âmbito do doente crítico e em contextos de emergência.

Parece-me que será uma mais-valia a formação de Enfermeiros Especialista na Pessoa em Situação Crítica, que sem dúvida ostentam um know-how que se pode refletir positivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em áreas de intervenção específicas nestas unidades. Destaco o seu papel nas equipas de cuidados, fomentando as boas práticas,

rentabilizando recursos e, conseqüentemente, gerando ganhos em saúde, uma vez que detêm competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

### **A necessidade de racionalização de custos tem-se repercutido na dotação de meios para a medicina intensiva?**

Tem-se repercutido, sem dúvida. É óbvio que o crescimento dos custos dos cuidados com os doentes críticos impõe decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia e eficiência, com a preocupação de garantir cuidados de saúde de excelência.

As UCI são uma das áreas que mais dinheiro consome (recursos humanos, matérias e farmacêuticos). A logística e a gestão da atividade são vitais e como tal devem ser avaliadas mediante indicadores de resultado, os quais refletem a qualidade do trabalho produzido, nas diferentes áreas, bem como permitem os

processos de benchmarking. O papel do gestor destes serviços é preponderante no que respeita ao delinear estratégias/metapas para um controle eficaz dos custos. Devem ser delineadas metas rigorosas e atingíveis. Os processos devem ser rigorosamente monitorizados permitindo detetar desvios, visando a implementação de medidas corretivas em função das metas definidas.

### **Outro dos tópicos é a sobrelotação das unidades hospitalares. Em que medida tem impacto na intervenção dos profissionais?**

A sobrelotação dos serviços é o resultado mais visível dos cortes praticados no Sistema Nacional de Saúde nos últimos anos. Esta situação tem por base várias variáveis. Por um lado, a alteração da rede de cuidados de saúde primários e a alteração do perfil social (pessoas cada vez mais idosas), a falta de respostas da comunidade e a carência económica, levam com que as pessoas recorram cada vez mais ao hospital e tenham dificuldade de sair dele. Por outro lado, a carência de camas, a não autorização para novas contratações por parte dos hospitais levam a uma sobrecarga dos profissionais, podendo pôr em causa a qualidade e a segurança dos cuidados.

Os enfermeiros apercebem-se da vulnerabilidade e necessidades dos doentes e famílias, mas sentem muitas dificuldades em dar respostas adequadas às suas situações de doença, pois são em número insuficiente para os doentes que têm a seu cargo. A taxa de absentismo nos últimos dois anos duplicou em parte devido às condições de trabalho que se praticam nos nossos serviços. É emergente

encontrar uma estratégia de mudança de forma a minimizar o impacto que a sobrelotação dos serviços tem nos profissionais de modo a evitar a sua sobrecarga e a exaustão, bem como na segurança do doente.

### **O modelo tem evoluído de UCI para SMI. Há mais do que semântica por trás desta reorganização?**

Com certeza que sim. Muitas Unidades de Cuidados Intensivos evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva, em hospitais de maior dimensão verificou-se a integração de Unidades Intensivas e Intermédias num único SMI com o objetivo de otimizar a continuidade de cuidados, facilitando a disponibilidade de camas e a sua gestão com equidade, maximizando a eficiência no tratamento do doente crítico. Outro aspeto que considero relevante é a atividade que os SMI exercem fora da área geográfica dos serviços, dando apoio nas salas de emergência, nas equipas de emergência intra-hospitalar e consultadoria a doentes graves nas enfermarias, garantindo o processo assistencial do doente crítico de uma forma imediata, diferenciada e qualificada. Metaforicamente, estamos a falar de UCI sem paredes. Este papel coloca os SMI e os intensivistas como gestores do processo assistencial e do sistema de resposta do doente crítico, assumindo a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados. Perante todo este cenário, podemos dizer que os SMI vão assumir nas organizações um papel estruturante no tratamento ao doente crítico, o que, em meu entender, traz um benefício singular a esta tipologia de doentes.

O enfermeiro de cuidados intensivos deve, por isso, ser um profissional com grande capacidade de análise, raciocínio clínico e pensamento crítico, atento, reflexivo, com um papel ativo no processo de tomada de decisão

# Tratamento de Úlcera Venosa de Perna



A doença venosa caracteriza-se por uma alteração morfológica crónica das veias de longa duração, devido ao refluxo ou obstrução do fluxo de sangue venoso nas veias, e que impede o fluxo retrógrado/descendente do sangue. Esta doença altera a qualidade de vida do indivíduo, pela presença de sintomas tais como a sensação de perna pesada, câibras ou dores musculares, edema e varizes, alteração da pigmentação cutânea, irritação, hemorragia e úlceras. Tem como fatores de risco a idade avançada, o sexo (mais comum no feminino), a obesidade e a história familiar. Cerca de 60 a 80% das úlceras dos membros inferiores têm origem exclusivamente nas veias, sendo que 20% dos doentes com insuficiência venosa crónica desenvolvem úlceras venosas. Sabe-se que a trombose venosa profunda (TVP) surge 1 em cada 1000 pessoas por ano, e que em 35% dos casos se desenvolve uma embolia pulmonar que poderá ser fatal.

## Estudo de caso clínico

Utente de 80 anos de idade, viúva, reformada (doméstica com o primeiro ciclo do ensino básico), autónoma nas AVD's, vive com o filho.

Antecedentes: fratura de L3 com vertebroplastia e cifo-plastia em 2010; fibromioma do útero tendo realizado histerectomia total com anexectomia bilateral (2010); efeito adverso de um medicamento com toxicodermia grave, tendo sido sujeita a internamento em maio de 2010; Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células (tendo alta do IPO em 2016); obesidade; Úlcera venosa da perna direita - região anterior à articulação tíbio társica - em dezembro de 2015, que reincidiu em novembro de 2016.

Durante a consulta de enfermagem (novembro de 2016) a utente apresentava uma úlcera venosa com cerca de 2cm x 1cm, com bordos endurecidos e a restante pele da perna e pé desidratados. Os pulsos pediosos estavam presentes, pelo que se procedeu ao cálculo do Índice de pressão tornozelo-braço (IPTB) com o valor de 1,13mmHg, tendo-se por isso dado início à terapia compressiva. A esta terapia aliou-se o seguinte tratamento: limpeza da ferida com água tépida e sabão, colocação de hidrogel enriquecido com alginato de cálcio e hidrofibra (alternando com hidrofibra com prata, quando sinais de colonização). Toda a perna era hidratada com creme gordo que permitiu a integridade e elasticidade da pele diminuindo o risco de novas úlceras.

Em maio de 2017 foi dada alta à utente por cicatrização da ferida, com indicação para manter os seguintes cuidados: mobilização do membro inferior, alimentação pobre em

gorduras e sal, higienização e hidratação com creme gordo dos membros inferiores e uso diário de meias elásticas (Grau II).

Os cuidados aplicados têm surtido o efeito desejado, uma

vez que em consulta de enfermagem recente (fevereiro 2018) a pele dos membros inferiores se mantém íntegra, sem qualquer irritação cutânea e a sensação de pernas pesadas e edema diminuíram.



Equipa de Enfermagem

Unidade de Saúde Familiar Pirâmides



# CONFIANÇA DE GERAÇÕES PARA A NOSSA PELE.

CREME GORDO  
*Original*



## BARRAL CREME GORDO ORIGINAL É IDEAL PARA:

### HIDRATAÇÃO DA PELE MUITO SECA



- **Hidratação profunda da pele** muito seca e de zonas localizadas
- **Efeito barreira**, contra as agressões do meio ambiente (vento, frio, ar seco, etc.)
- Na secura natural da **pele sénior**, que se torna fina e enrugada, devido à perda de algumas propriedades

### PELE EM SOS



- **Descamação** cutânea
- Recuperação da **pele irritada** (cieiro e frieiras) devido à exposição a fatores externos
- Hidratação da **pele recuperada de queimadura**

### SITUAÇÕES DE CUIDADO ESPECÍFICO



- Como **emoliente adjuvante** em terapêuticas corticóides
- Em situações de **imobilização prolongada**, para evitar o aparecimento de escaras nas zonas de contacto (exemplo dos doentes acamados)
- Após a **remoção de gesso**, para regenerar a pele e aliviar o prurido da pele seca e áspera

# Prevenção e controlo de infeções no SNS

# C

Com o objetivo de diminuir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências dos microrganismos aos antibióticos em Portugal, foi criado, em novembro de 2013, através do Despacho n.º 15423/2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) ao qual foi dado o estatuto de Programa Prioritário da Direção Geral de Saúde. O PPCIRA coordena as atividades de prevenção e controlo das IACS, e da promoção da utilização racional dos antibióticos, nas Unidades de Saúde. Está estruturado em três níveis que atuam articulada e sinergicamente – a nível nacional com a sua equipa, em cada ARS com os Grupos Coordenadores Regionais – GCR-PPCIRA, e a nível local, em cada unidade de saúde – hospitalar ou de outra tipologia – existem os Grupos Coordenadores Locais – GCLPPCIRA, sendo que estes grupos de trabalho, sejam a que nível for, têm na sua constituição profissionais de saúde de várias categorias, que colaboram com o objetivo comum de prevenirem a infeção mas também de promoverem o

uso judicioso dos antibióticos e assim favorecendo não só a diminuição das taxas de infeção mas também reduzindo as resistências aos mesmos, preservando o seu indispensável efeito terapêutico.

Com este despacho, o Controlo de Infeção em Portugal sofreu uma viragem de página porque não só se deu relevo e visibilidade a um problema que já é considerado pela própria OMS como um problema de Saúde Pública, como pela primeira vez se alocaram recursos humanos com tempos dedicados para integrarem estes Grupos de Controlo de Infeção.

Por outro lado, com o despacho n.º 3844-A-/2016 foi criado o Índice de Qualidade de PPCIRA, tendo por base não apenas a necessidade do conhecimento dos dados e de indicadores obtidos através dos diferentes serviços e organismos do Ministério da Saúde, nomeadamente da DGS, do INSA, do Infarmed e da ACSS, mas também conseguir que as próprias instituições tenham acesso aos seus dados, podendo, assim, efetuar uma melhor gestão de cuidados com qualidade e segurança, constituindo oportunidade de melhoria quer nos processos quer nos resultados com incentivos financeiros com incidência no processo de contratualização que se encontra em implementação pelo SNS.

No que respeita às IACS, os portugueses estão a ficar com cuidados mais saudáveis! Esta problemática tem vindo a me-



lhorar. No passado dia 15 de dezembro foram apresentados os dados do último relatório de onde se realçam alguns resultados. Em 2012 tinha-se realizado um estudo de prevalência de ponto de IACS em vários países europeus, no qual Portugal participou, e os resultados são claramente conhecidos de todos. Em Portugal, 10,5% das pessoas internadas nos

hospitais portugueses apresentava uma IACS, enquanto na Europa a média era de 6,1%; em 2017 repetiu-se o estudo e Portugal apresentou o valor de 7,8% e a Europa um valor de 5,7% - embora ainda apresentemos um valor acima da média europeia, já não estaremos tão distantes assim, tendo havido uma redução de prevalência de 25,7%, compara-



**Maria Rosário Rodrigues**

Diretora do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antibióticos (PPCIRA) da Direção-Geral da Saúde

tivamente com o ano de 2012 e fomos o país europeu que validou o maior n.º de doentes neste inquérito.

Entretanto, e como acontece nos países europeus, tem sido monitorizada a ocorrência das infeções mais graves ou mais frequentes, com particular destaque para as bacteriemias associadas a cateter venoso central, a infeção do local ci-

rúrgico, nos Cuidados Intensivos de adulto, as bacteriemias associadas a CVC e a pneumonia associada à intubação e nos cuidados intensivos neonatais as bacteriemias. Os resultados têm sido muito animadores com tendências globalmente decrescentes, como se poderá ver no relatório de 2017. A situação que justifica mais preocupação é a existência de IACS

A situação que justifica mais preocupação é a existência de IACS provocadas por bactérias pertencentes ao grupo das Enterobacteriaceas, assim chamadas por existirem normalmente no intestino humano, que por vezes se tornam resistentes aos antibióticos e rapidamente se disseminam

provocadas por bactérias pertencentes ao grupo das Enterobacteriaceas, assim chamadas por existirem normalmente no intestino humano. Estas bactérias por vezes tornam-se resistentes aos antibióticos e rapidamente se disseminam, podendo ser causadoras de surtos, se as medidas de controlo e prevenção não forem adotadas.

Como contribuintes fundamentais para estes resultados são a existência das Precauções Básicas de Controlo de Infecção, PBCI, onde a lavagem das mãos se inclui, que são como alicerces para os profissionais de saúde, visitantes e doentes, e que quando corretamente aplicadas e usadas protegem, evitam e promovem cuidados em segurança. Para além destas medidas e das boas práticas de diagnóstico, o uso dos antimicrobianos deverá ser sempre usado com o maior cuidado e de forma adequada.

Mas a situação das IACS não é só preocupante para Portugal. Foi efetuado um estudo por Jim O'Neill que diz que, se nada for feito, estima-se, em 2050, 10 milhões de pessoas morrerão em todo o mundo, por ano, e cerca de 390.000 na Europa, devido às resistências aos antibióticos. Mesmo será dizer que morrerá uma pessoa a cada 3 segundos, mais do que se poderá morrer com cancro ou com diabetes, e poderá custar até 100 biliões de dólares à economia mundial. Este estudo levou a OMS a declarar as IACS como um problema de Saúde Pública! Claro que onde há doentes, há profissionais de saúde, há familiares, há visitantes e esta problemática associada às infeções pode existir em qualquer tipologia de unidade de saúde. Contrair uma IACS por si poderá constituir uma complicação grave, acrescentando morbi-mortalidade, aumentando tempo de internamento, custos e demora média, e acabando por consti-



tuir uma ameaça à segurança dos doentes. Os procedimentos cada vez mais invasivos, o uso excessivo e a resistência aos antimicrobianos são fatores que apontam para o aumento das infeções.

Para reduzir as resistências aos antimicrobianos e a melhor forma de a alcançar é promover o seu uso de forma correta e adequada, e isto passa por consumir menos antibióticos, usando-os apenas quando as indicações forem adequadas, durante tempo

necessário; não usar os antibióticos em situações cujas etiologias sejam víricas, nem sem orientação de um médico.

Em relação ao consumo de carbapenemes, reduzimos 13,3 % de 2012-2016. Em relação ao consumo de quinolonas na comunidade, diminuímos 34% e nos hospitais 36,4%. Comparando os 2 últimos anos – 2016/2017 – há diminuição do consumo global de antibióticos em 4% nos hospitais e em 15,4% de carbapenemes.

Os procedimentos cada vez mais invasivos, o uso excessivo e a resistência aos antimicrobianos são fatores que apontam para o aumento das infeções

No ambulatório obtivemos uma redução de 2,3% no consumo global e de quinolonas em 7,6%.

Além de todas as medidas que se poderão implementar, não poderemos esquecer uma fundamental que tem a ver com a formação em controlo de infeção, que deverá ser fomentada em todas as unidades de saúde e mesmo na formação pré-graduada deverá ter o seu reconhecimento e o seu lugar. Por outro lado, todos os profissionais de saúde que se dedicam a esta área deveriam ser reconhecidos pelo trabalho que estão a desenvolver neste campo, não esquecendo o papel educativo que cada profissional poderá ter junto da população no sentido de educar e aconselhar bons hábitos.

No sentido de aumentar a literacia em saúde, o PPCIRA tem o projeto PorCausa (Portuguese Campaign for the safe use of antibiotics) no âmbito da sensibilização para o uso / administração de antibióticos e as resistências associadas ao seu consumo. O Guardião dos Antibióticos é uma campanha destinada aos profissionais de saúde no sentido de serem os verdadeiros guardiões dos antibióticos. E também o projeto e-Bug é um projeto europeu que utiliza recursos educativos com a finalidade de sensibilizar jovens em idade escolar sobre a prevenção de doenças transmissíveis e o uso prudente de antibióticos, promovendo competências ao nível dos conhecimentos e comportamentos saudáveis.

O Controlo de Infecção passa por todos nós (profissionais, doentes, cidadãos comuns...), pelas nossas boas práticas, pelo que iremos continuar a promover a literacia de profissionais e de doentes, numa cultura de segurança com transparência e qualidade, que esperamos que cada vez mais gere melhores resultados.



# A prevenir infeções há mais de 50 anos.

**Sterillium®**  
Com elevada eficácia e amplo espectro de atividade (MRSA, MRGN, Micobacterium tuberculosis, HIV, HBV, influenza, entre outros)<sup>(2)</sup>.  
Aumenta a hidratação da sua pele em 30%  
ideal para uma utilização contínua e também para peles atópicas<sup>(3)</sup>.



Investigação para a prevenção de infeções

[www.hartmann.pt](http://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: Desinfecção higiénica e cirúrgica das mãos. Desinfecção da pele antes de injecções e punções. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Na desinfecção higiénica das mãos: deve aplicar-se, pelo menos, 3 ml de STERILLIUM nas mãos secas, e esfregá-las durante 30 segundos, sem enxaguar. Na desinfecção 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. Desinfecção da pele: STERILLIUM deve ser friccionado sobre a área de pele seca durante 15 segundos antes de injecções e punções; antes de punções de articulações, cavidades do corpo e órgãos ocios, 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 desinfecção 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 desinfecção 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](mailto:info@pt.hartmann.info)

# Superbactérias e resistência aos antibióticos

# A

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em fevereiro de 2017, pela primeira vez, a lista de “microrganismos patogênicos prioritários” resistentes aos antibióticos, que inclui as 12 famílias de bactérias mais perigosas para a saúde humana (Figura 1). A lista foi desenvolvida com o principal objetivo de identificar, orientar e promover a investigação e desenvolvimento (I&D) de novos antibióticos como parte das atividades da OMS para combater o problema global da resistência aos antibióticos.

Os critérios para incluir os microrganismos na lista foram: a taxa de mortalidade das infecções que causam; o facto de o tratamento requerer uma longa hospitalização ou não; a frequência com que apresentam resistência aos antibióticos; a facilidade com que são transmitidos entre os animais, dos animais para os humanos e entre os humanos; se as infecções que causam podem ou não ser prevenidas (por exemplo, por higiene e vacinação); quantas opções terapêuticas permanecem; e se existe suficiente investigação em novos e antibióticos para tratar as infecções que causam.



**Cátia Caneiras**

Farmacêutica

Diretora de Negócio Healthcare da Praxair Portugal

As "superbactérias", têm a capacidade inata de encontrar novas formas de manter a multirresistência aos antibióticos e de transmitir material genético de forma horizontal

A lista da OMS é dividida em três categorias, de acordo com a urgência com que novos antibióticos são necessários: prioridade crítica, alta ou média. Esta importante lista destaca, em particular, a ameaça representada pelas bactérias gram-negativo resistentes a múltiplos antibióticos. Estas bactérias, vulgarmente designadas de “superbactérias”, têm a capacidade inata de encontrar novas formas de manter a multirresistência aos antibióticos e de transmitir material genético de forma horizontal, através de plasmídeos, integroes e transposões, permitindo que outras bactérias se tornem também resistentes aos antibióticos.

O grupo prioritário crítico inclui bactérias gram-negativo multirresistentes cuja identificação em unidades hospitalares, lares de idosos e em doentes que apresentam dispositivos invasivos como cateteres intravenosos e que fazem terapias respiratórias



Fonte: Antimicrobial Stewardship: A competency-based approach Course, Free Online Course, Organização Mundial da Saúde (Disponível em: <https://openwho.org/courses/AMR-competency>)

**VENTILOTERAPIA**

 **PRAXAIR**

*Making our planet more productive*

**CUIDADOS RESPIRATÓRIOS  
DOMICILIÁRIOS**



**REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA  
DOMICILIÁRIA**  
JUNTOS CUIDAMOS MELHOR

**TERAPIAS  
COMPLEMENTARES**

programa  
**reabilitar**

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIÁRIA

**OXIGENOTERAPIA**

**AEROSSOLTERAPIA**

**MAIS INFORMAÇÕES**

Telf.: 800 201 519

Email: [homecare\\_portugal@praxair.com](mailto:homecare_portugal@praxair.com)

com ventiladores ou outros equipamentos devem ser alvo de especial atenção. *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e as *Enterobacteriaceae* como a *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* têm em comum o facto de poderem causar infeções severas e com elevada taxa de mortalidade, como infeções da corrente sanguínea e pneumonias.

A resistência aos antibióticos é um relevante problema de Saúde Pública a nível mundial e o crescimento das taxas de resistência, bem como a crescente capacidade de disseminação de genes de resistência e virulência, em especial em isolados de *K. pneumoniae*, faz com que as opções terapêuticas para infeções severas causadas por estes microrganismos se tornem verdadeiros desafios. Note-se que, de forma preocupante, as taxas de resistência aos carbapenemos (como o imipenemo, meropenemo ou ertapenemo), considerados antibióticos de última linha, têm vindo a aumentar em Portugal, de acordo com o último relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). Acredita-se, no entanto, que as taxas de resistência reais aos carbapenemos podem ser superiores ao mencionado, dado o reduzido número de Unidades de Saúde nacionais que reportam os dados ao ECDC.

Destaca-se a importância clínica da disseminação de estirpes produtoras de carbapenemase. Em Portugal, a carbapenemase KPC-3 foi identificada pela primeira vez em casos isolados de *Klebsiella pneumoniae* em 2009 num Serviço de Cirurgia Cardiorrástica de um Centro Hospitalar de cuidados terciários em Lisboa, tendo posteriormente sido identificada de forma disseminada em mais de 10 serviços hospitalares e em bactérias de outros géneros e espécies. Trata-se, de forma pouco comum, da disseminação de



A resistência aos antibióticos é um relevante problema de Saúde Pública a nível mundial e o crescimento das taxas de resistência, bem como a crescente capacidade de disseminação de genes de resistência e virulência

um clone predominante altamente resistente (que, no mesmo isolado acumula a produção de carbapenemases e enzimas produtoras de  $\beta$ -lactamases de espectro alargado – ESBL) e virulento, com consequentes implicações terapêuticas. Estudos em outras unidades hospitalares em Portugal confirmam que a *K. pneumoniae* produtora de carbapenemas apresenta uma incidência mais significativa em serviços cirúrgicos e médicos, contrariamente à *K. pneumoniae* produtora de ESBL, mais predominante em Unidades de Cuidados Intensivos.

Embora seja essencial aumentar a I&D, isso por si só não é suficiente para resolver o problema. Para combater a resistência aos antibióticos e a disseminação de “superbactérias”, deve também ser melhorada a formação e sensibilização dos profissionais de saúde nesta temática, nomeadamente na prevenção de infeções e uso adequado dos antibióticos existentes na medicina humana e veterinária, bem como a promoção do uso racional de qualquer novo antibiótico desenvolvido no futuro (Figura 2).

Para combater a resistência aos antibióticos e a disseminação de “superbactérias”, deve também ser melhorada a formação e sensibilização dos profissionais de saúde nesta temática

**Figura 1.** Lista de microrganismos patogénicos prioritários para Investigação e Desenvolvimento (I&D) de novos antibióticos, segundo a Organização Mundial de Saúde

Prioridade 1: CRÍTICA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Acinetobacter baumannii</i>, resistente a carbapenemos</li> <li>2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, resistente a carbapenemos</li> <li>3. <i>Enterobacteriaceae</i>*, resistente a carbapenemos, produtores de <math>\beta</math>-lactamases de espectro alargado (ESBL)</li> </ol>
Prioridade 2: ALTA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Enterococcus faecium</i>, resistente à vancomicina</li> <li>2. <i>Staphylococcus aureus</i>, resistente à meticilina, com sensibilidade intermediária e resistência à vancomicina</li> <li>3. <i>Helicobacter pylori</i>, resistente à claritromicina</li> <li>4. <i>Campylobacter spp.</i>, Resistente a fluoroquinolonas</li> <li>5. <i>Salmonellae</i>, resistente a fluoroquinolonas</li> <li>6. <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, resistente à cefalosporina, resistente às fluoroquinolonas</li> </ol>
PRIORIDADE 3: MÉDIA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Streptococcus pneumoniae</i>, sem sensibilidade à penicilina</li> <li>2. <i>Haemophilus influenzae</i>, resistente à ampicilina</li> <li>3. <i>Shigella spp.</i>, Resistente a fluoroquinolonas</li> </ol>

\* *Enterobacteriaceae* inclui: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Proteus spp.* e *Providencia spp.*, *Morganella spp.*

**Figura 2.** Cursos de formação on-line de várias entidades públicas e privadas disponíveis na área de Prevenção e Controlo de Infeção, Terapêutica Antimicrobiana e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos.



## Doenças Infecciosas e Saúde Pública



Cursos de formação em Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde



Cursos de formação em Terapêutica Antimicrobiana



Cursos de formação em Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos

Adaptado de: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-guidance-prevention-and-control/training>



Médico endocrinologista do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

# A importância de assegurar um aporte de iodo adequado

## O IODO E A GESTAÇÃO

### Qual a principal função do iodo, durante a gestação?

A principal função do iodo é permitir a síntese das hormonas tiroideias (T3 e T4). Na verdade, o iodo representa mais de metade do peso molecular de cada uma destas hormonas, sendo a tiroide o reservatório de 99% do conteúdo total de iodo do organismo. As hormonas tiroideias são essenciais à

Estudos indicam que, em Portugal, quatro em cada cinco grávidas apresentam níveis de iodo insuficientes. Face a esta realidade, as orientações de entidades como a Direção-Geral da Saúde (DGS) são claras, tal como refere **Miguel Melo**, as grávidas e as mulheres a amamentar devem «ter uma alimentação saudável, que inclua alimentos ricos em iodo, para além de serem suplementadas com iodeto de potássio, pois só assim se assegura um aporte de iodo adequado».

organogénese e crescimentos fetais, sendo particularmente importantes para o correto desenvolvimento do sistema nervoso central.

No primeiro trimestre da gravidez, a tiroide materna aumenta em 30-50% a síntese de hormonas tiroideias; a partir do início do segundo trimestre, a tiroide fetal começa progressivamente também a produzir hormonas. Por esse motivo, existe um aumento da necessidade

em iodo durante a gravidez, recomendando-se um aporte médio de 250 µg/dia (o recomendado fora do contexto da gravidez, para adultos, é 150 µg/dia).

**Porque surgiu a orientação da DGS acerca da suplementação com iodo, durante a gravidez?**

A orientação da DGS, recomendando a suplementação com iodo para a generalidade das grávidas em Portugal, surgiu após o conhecimento da preocupante realidade portuguesa relativamente à carência de iodo durante a gravidez. É hoje reconhecido que a Europa é um continente onde a deficiência ligeira de iodo é prevalente, existindo carência de aporte iodado durante a gestação em 30% dos países. Para este facto contribuíram alterações recentes no padrão alimentar.

O peixe, o sal e os produtos lácteos, desde há muito, constituem as principais fontes de iodo na alimentação.

O consumo de sal e de leite sofreu uma redução; o primeiro pelas medidas de prevenção cardiovascular e o segundo por opção da população. Por outro lado, o conteúdo em iodo destes alimentos também é, hoje, menor: o peixe de aquacultura, maioritariamente consumido na atualidade, não parece ter o mesmo conteúdo em iodo do peixe selvagem; o leite tem o seu teor em iodo reduzido pela modificação do desinfetante habitualmente utilizado para prevenir mastites e pela redução da farinha de peixe utilizada nas rações destinadas ao gado bovino. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Council for Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD-IGN), o grupo



de estudos da tiroide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM) promoveu um estudo multicêntrico de âmbito nacional, o qual mostrou que quatro em cada cinco grávidas não apresentam níveis de iodo considerados como adequados.

**A IMPORTÂNCIA VITAL DA SUPLEMENTAÇÃO**

**Uma alimentação mais equilibrada e reforçada em alimentos ricos em iodo pode suprir as necessidades aumentadas deste elemento, durante a gravidez?**

Tanto quanto sabemos, não. Na realidade europeia atual,

apenas os países em que é obrigatório o enriquecimento alimentar em iodo asseguram um aporte adequado para a generalidade da população, podendo, mesmo nesse contexto, ser necessário suplementar as gestantes. Em países como Portugal, a maior parte da população já se encontra, habitualmente, no limiar da deficiência ligeira de iodo, o que faz com que na gravidez, na qual há um aumento das necessidades em cerca de 50%, não seja possível assegurar um aporte suficiente de iodo apenas através da alimentação. O insuficiente aporte de iodo parece manter-se mesmo quando são utilizados multivitamínicos contendo iodo. Dados do Reino Unido

mostraram que grávidas a fazer multivitamínicos contendo iodo também apresentavam iodúrias abaixo do recomendado, o que se deveu à composição inadequada em iodo do multivitamínico, revelando-se este ineficiente em proporcionar à grávida um aporte suficiente deste oligoelemento (salienta-se que, nos estudos realizados, vários compostos também não apresentavam o conteúdo em iodo que anunciavam). Este conjunto de fatores levou a que a DGS recomendasse que as grávidas e mulheres a amamentar devam ter uma alimentação saudável, que inclua alimentos ricos em iodo, para além de serem suplementadas com iodeto



de potássio, pois só assim se assegura um aporte de iodo adequado.

**Será possível, através da iodúria, ter conhecimento do estado nutricional da gestante? Haverá alguma forma eficaz de fazer esta aferição individual?**

Apesar de a iodúria ser o método de escolha para a avaliação do aporte iodado de uma população, as sociedades científicas recomendam que não deverá ser utilizada para a avaliação individual. São vários os fatores que estão na base desta recomendação, nomeadamente o facto de existirem grandes variações na mesma pessoa num curto intervalo de tempo

(grande variabilidade intra-individual) e do método de quantificação não estar validado na maior parte dos laboratórios. A iodúria em colheita de urina ao acaso apenas é um bom marcador a nível epidemiológico, devendo os grupos avaliados ter uma constituição mínima de 30 indivíduos e ser utilizada a mediana dos valores encontrados. Também não existe outra forma de fazer esta aferição individual com efetividade. Estes factos, combinados com a enorme segurança da suplementação iodada, levaram a que todas as sociedades científicas recomendassem a suplementação generalizada das grávidas e lactantes.

As grávidas e mulheres a amamentar devem ter uma alimentação saudável, que inclua alimentos ricos em iodo, para além de serem suplementadas com iodeto de potássio

**SEGURANÇA E CASOS ESPECIAIS**

**Se a grávida tiver uma iodúria considerada adequada e fizer o aporte suplementar, quais as consequências (quer para a gestante quer para o feto)?**

Nenhumas, uma vez que a suplementação com iodo é muito segura. De facto, a ingestão de iodo apenas poderá tornar-se prejudicial quando ultrapassa valores superiores a 500-1100 µg/dia, valores que são praticamente impossíveis de atingir com um regime alimentar normal em associação com suplementos vitamínicos pré-natais e/ou medicação com iodeto de potássio. Uma enorme sobrecarga iodada pode provocar disfunção tiroideia, mas estes casos ocorrem sobretudo quando agentes com um enorme conteúdo em iodo (agentes de contraste iodado, amiodarona, etc.) foram administrados a pessoas com patologia da tiroide preexistente.

**Quem são as grávidas que estão excluídas desta suplementação? Haverá algum grupo/perfil de gestante que, não estando excluído da suplementação, requererá especial atenção?**

Desde logo, todas as grávidas com patologia da tiroide conhecida, morfológica ou funcional. Uma vez que a patologia da tiroide é frequente em mulheres, recomenda-se também uma atenção particular a populações que tenham risco acrescido de disfunção tiroideia, nas quais se incluem as mulheres com história familiar de disfunção tiroideia, com diabetes mellitus tipo 1 ou outra doença autoimune que, frequentemente, esteja associada a tiroidite de

Hashimoto, mulheres com infertilidade, mulheres com obesidade classe III e mulheres com mais de 30 anos.

**Quais os meios disponíveis para excluir eventual contra-indicação para a suplementação? Estão recomendadas algumas análises à função tiroideia durante a gravidez?**

Para além da simples inspeção cervical procurando um bócio, a principal forma de excluir contra-indicação à suplementação com iodo é dosear a TSH.

A própria DGS recomenda o doseamento da TSH não apenas nas gestantes com bócio ou antecedentes de outra patologia tiroideia, como também nas que apresentem história familiar de doença tiroideia, anticorpos antitiroideus elevados, diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, irradiação cervical ou abortos de repetição.

**Há alguma relação entre a suplementação com iodo e a ocorrência de doença da tiroide, durante ou após a gestação?**

Não existe relação entre a suplementação com iodo e a ocorrência de novo de patologia tiroideia durante ou após a gestação. Uma das preocupações iniciais dos endocrinologistas foi a possibilidade que a suplementação com iodo pudesse aumentar a incidência de tiroidite pós-parto. Vários estudos demonstraram que a suplementação com iodo durante a gravidez ou durante a amamentação não alterou a incidência desta patologia. Este é um ponto que reforçou a segurança da suplementação iodada na gravidez, desde que sejam excluídas as mulheres com patologia da tiroide preexistente.



**Yodafar**<sup>®</sup>  
iodeto de potássio



# Gerar com Saúde faz nascer sorrisos

Preconcepção  
Gravidez  
Aleitamento<sup>5,6</sup>



1 comprimido x dia

Durante a gravidez a carência de IODO pode comprometer o desenvolvimento cognitivo nas crianças (ou na descendência)<sup>1-4</sup>



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 tireoide. 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 tireoide 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 tireoide 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, Santamaria 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). REPORT OF THE IGN MEETING, LONDON 2016. Disponível em <http://www.ign.org/ukiodinemeeting.htm>. Acedido em 10.11.2016 5. RCM - YODAFAR<sup>®</sup> data da última revisão do texto (11/2012). 6. Direção-Geral da Saúde. Aporte de iodo em mulheres na preconcepção, gravidez e amamentação. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Acedido em 2016.01.21. DGS: Direção-Geral da Saúde. DDR: Dose Diária Recomendada.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE TEM QUE APOSTAR NA CONSULTA DO PÉ DIABÉTICO COM PODOLOGISTAS

# O pé diabético – uma catástrofe que pode ser evitada

O



**Manuel Azevedo Portela**

Prof. Adjunto da CESPU

Presidente da Associação Portuguesa de Podologia

O pé diabético é visto como a principal causa de amputação da extremidade inferior, mais do que uma complicação da diabetes, deve ser considerado como uma condição clínica complexa, que pode acometer os pés e, ou tornozelos de indivíduos diabéticos. Assim, pode reunir perda da sensibilidade dos pés, a presença de feridas complexas, deformidades, limitação de movimento articular, infeções, amputações, entre outras. A abordagem deve ser multidisciplinar e especializada, e deve contemplar um modelo de atenção integral (consciencialização e educação, diagnóstico claro, qualificação do risco, prevenção do risco, tratamento das feridas, cirurgia especializada, aplicação de ortóteses customizadas e reabilitação integral), objetivando a prevenção e a restauração funcional da extremidade e da marcha. Dados epidemiológicos demonstram que o pé diabético é responsável pela principal causa de internamento

do portador de diabetes. A previsão para o ano de 2025 é de mais de 450 milhões de portadores de diabetes, destes, pelo menos 25% vão ter algum tipo de comprometimento significativo nos seus pés. Atualmente, estima-se que, mundialmente, ocorram duas amputações por minuto à custa do pé diabético sendo que 85% destas são precedidas por úlceras.

Estima-se que 15% dos doentes diabéticos desenvolvem uma úlcera nos membros inferiores durante os anos de doença e que 85% das amputações têm um historial de úlceras diabéticas. As complicações que ocorrem nos pés destes doentes vão proporcionar uma diminuição da qualidade de vida destes indivíduos e um grande custo aos serviços de saúde.

A taxa média de amputação do pé diabético em Portugal é de 5,4 por 100 mil habitantes. A zona Norte do país tem uma taxa de 3,4 /100 mil habitantes, de acordo com o Observatório Nacional da Diabetes.

É emergente que o Ministério da Saúde aposte na Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético com integração da podologia nos cuidados primários de saúde de forma a reduzir as taxas de amputação do pé diabético. A presença do podologista na consulta do pé diabético especializada na avaliação, orientação e prevenção de patologias do pé, assim como o seu tratamento, permite reduzir inequivocamente esta catástrofe.

Como é consabido, a Podologia afirma-se enquanto a ciência que, na área da Saúde, estuda o membro inferior, a sua

importância e funcionalidade, de forma a prevenir, diagnosticar e tratar as diferentes patologias de que é alvo, designadamente do pé diabético.

Desta forma a Associação Portuguesa de Podologia assume a visão da Podologia enquanto uma ciência com técnicas altamente especializadas, fulcral na promoção de uma saúde pública moderna, traduzindo a sua visão através da prestação de serviços clínicos de forma autónoma e em contexto multidisciplinar.

Só a coragem e a determinação do Ministério da Saúde pode inverter as taxas de amputação do pé diabético, proporcionar melhor qualidade de vida aos doentes diabéticos, diminuir as taxas de morbidade e mortalidade associadas a esta problemática e diminuir os custos do Serviço Nacional de Saúde, criando consultas de pé diabético com podologistas integrados em equipa multidisciplinar.

A missão dos podologistas tem sido fundamental na melhoria da qualidade de vida da população, na consciencialização da prevenção e tratamento precoce e especializado e na diminuição das taxas de amputação do pé diabético. A intervenção dos podologistas, pela sua especialidade e interesse, na problemática do pé diabético tem demonstrado claramente a sua importância na prevenção das complicações desta catástrofe.

# Incontinência urinária no idoso

# A

A incontinência urinária define-se, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a ICS (International Continence Society), como a perda involuntária de urina (através da uretra) que constitua um problema higiénico ou social (que seja objetivamente demonstrável). Tem um grande impacto médico e socioeconómico, incluindo pessoal, familiar, profissional. Tem uma prevalência de 15 a 30%, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino, embora haja variações com a idade. Nos lares de idosos a prevalência pode chegar até aos 80%.

Na sua génese estão envolvidos fatores relacionados com a bexiga, a uretra e o pavimento pélvico. A continência urinária implica a sua integridade anatómica, funcional e neurológica e também outras variáveis como psicológicas, funcionais e ambientais. As causas de incontinência urinária são multifatoriais, urológicas, ginecológicas, neurológicas, psicológicas, intestinais, hormonais, ambientais, iatrogénicas.

A incontinência urinária classifica-se em 1) transitória (infecção, atrofia, medicamentos, poliúria, obstipação, depressão, delírio, imobilização, etc.) e 2) crónica, podendo esta

ser por a) bexiga hiperativa, dando uma incontinência por imperiosidade ou urgência miccional, b) hipermobilidade uretral/deficiência esfinteriana, dando uma incontinência de esforço, c) mista, em que estão envolvidos os dois componentes simultaneamente, d) por extravasão/regurgitação, com distensão vesical e incontinência permanente, e e) outras formas menos frequentes.

Para um diagnóstico e tratamento correctos e eficazes, é necessária uma história clínica cuidadosa e um exame objetivo geral, urológico, neurológico, ginecológico, minucioso, havendo exames complementares básicos e outros especializados a que pode ser necessário recorrer. A incontinência transitória, com causas reversíveis, pode tornar-se crónica se não houver atuação médica, merecendo uma atenção especial no despiste dessas causas. Na incontinência crónica devem ser esclarecidas as características da incontinência, sua intensidade, duração, sintomas associados, antecedentes, hábitos e terapêuticas. O exame físico deve incluir o exame geral, palpação abdominal, e exames urológico (e neurológico) e ginecológico. Os exames complementares para uma avaliação básica incluem análises de rotina e urinocultura e avaliação do residuo pós-micção. O exame urodinâmico e outros exames imagiológicos e endoscópicos devem ser pedidos com sensatez e ponderação no âmbito da avaliação complementar especializada.



**Manuel Mendes Silva**

Médico Urologista

Membro da Direção e do Conselho Científico Multidisciplinar da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

A terapêutica da incontinência urinária deve ser adequada ao seu tipo, causa, intensidade e duração e também às expectativas do doente. Deve ser etiológica na incontinência transitória, e em todas as situações deve incluir medidas comportamentais. Como formas de terapêutica, conforme as circunstâncias, devem ser encaradas: a) reeducação perineo-esfinteriana: exercícios de Kegel, “bio-feedback”, electroestimulação, b) tratamento medicamentoso, encarando a sua tolerância e os seus efeitos secundários: alfa-adrenérgicos; anticolinérgicos e antiespasmódicos – flavoxato, trospium, oxibutinina, tolterodina, solifenacina, darifenacina, fesoterodina; agonistas alfa-3 adrenérgicos – mirabegron; antidepressivos – imipramina, duloxetine; estrogénios,

c) instrumental: cones, pesários, etc., d) mini-invasiva: TVT, TOT, mini-slings, instilações e injeções intra-vesicais e injeções peri-uretrais, e) cirúrgica, f) pensos e fraldas, g) algaliação ou derivação urinária, como último recurso.

Um tratamento eficaz ou pelo menos um controle da incontinência urinária nos idosos melhora muito a sua qualidade de vida e tem enormes vantagens do ponto de vista médico, evitando infeções do trato urinário, dermatites perineais, úlceras de pressão (em imobilizados), depressões nervosas, co-morbilidade (quedas, fracturas, etc.) e internamentos desnecessários; e tem também enorme impacto do ponto de vista socioeconómico, pessoal, familiar e social, incluindo grande poupança financeira.

# Literacia em Saúde é a melhor forma de desmitificar os supostos riscos da vacinação



Libério Ribeiro

Pediatra

Presidente da Sociedade de Alergologia Pediátrica

# P

Para Libério Ribeiro, pediatra e presidente da Sociedade de Alergologia Pediátrica, a educação para a Saúde é fundamental e deve ser facultada junto da população, uma vez que defende que esta é a melhor arma para desmistificar ideias que não têm qualquer sustentação científica, como é o caso dos perigos da vacinação. As declarações foram feitas no ano passado, quando o tema começou a surgir nos meios de comunicação social.

“No que diz respeito às vacinas, deve-se explicar aos pais, desde logo e muito cedo, as vantagens e os inconvenientes da não vacinação. A outro nível, penso que deveria ser organizado um debate de maneira a apoiar em dados científicos as vantagens das vacinas, ao mesmo tempo que se desmistificariam ideias contrárias que não têm qualquer argumentação científica”, afirma.

Relativamente à obrigatoriedade do Plano Nacional de Vacinação, o médico considera que esta não é uma questão essencial: “Portugal regista atualmente

uma taxa de vacinação muito elevada - cerca de 95 por cento”. Os movimentos a favor da não vacinação têm forte implementação nos EUA, e em alguns países europeus, e assentam esta opção na teoria de que os medicamentos são sintetizados, logo têm inconvenientes para a saúde, esquecendo-se que os benefícios das vacinas ultrapassam qualquer efeito secundário que estas possam ter, e que qualquer medicamento tem.

“Também contribuíram para isso alguns artigos que surgiram em que se associava a vacinação à prevalência de algumas patologias, sobretudo o autismo. Mas veio a demonstrar-se que esses artigos não tinham fundamento”, acrescenta.

“É claro que as vacinas podem ter efeitos secundários. Contudo, se os compararmos com as complicações das doenças que prevenimos com as vacinas estas últimas são muitíssimo mais superiores”, sustenta Libério Ribeiro.

“No momento presente, não vejo necessidade de tornar o PNV obrigatório em Portugal mas vamos ter de observar o que acontece”, disse, uma vez que as notícias recentes levantaram a questão da não obrigatoriedade, facto que até agora nem sequer era conhecido pela maioria da população.

## ROTAVÍRUS E ENFERMEIROS



Luís Varandas

Coordenador da Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica/Sociedade Portuguesa de Pediatria

A Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica/Sociedade Portuguesa de Pediatria elaborou um conjunto de recomendações sobre a vacinação contra rotavírus que espelha a sua posição favorável em relação a esta temática. De acordo com Luís Varandas, Coordenador da Comissão, sabe-se que a vacina contra a infeção por rotavírus, que causa gastroenterite aguda, é eficaz. “Em termos do mercado privado, recomendamos a vacina, somos claramente a favor da sua administração”.

Esta vacina permite reduzir o número de crianças com desidratação, bem como o número de internamentos por gastroenterite aguda.

Analisando o papel dos enfermeiros no que à vacinação diz respeito, Luís Varandas adianta que, além do conhecimento normal sobre a vacina, o enfermeiro deve também saber informar e esclarecer os pais, no sentido de clarificar as suas dúvidas.

“É fundamental saber como administrar, quais as dosagens, conhecer o esquema padrão e os esquemas alternativos – por um lado, tem o dever de ficar alerta para qualquer alteração e eventuais erros que possam ter sido cometidos na prescrição, mas também deve ter espírito aberto para alterações que surjam ao esquema”, acrescenta.

RotaTeq® para a prevenção da gastroenterite pediátrica a rotavírus

# Porque é importante prevenir a GERV\* com RotaTeq®?



RotaTeq®, a única vacina oral pentavalente, administrada em 3 doses, entre as 6 e as 32 semanas, confere uma protecção precoce, consistente e de longa duração, contra as estirpes responsáveis por 99% dos casos de GERV\* na Europa<sup>1</sup>.

GERV - Gastroenterites por Rotavírus

**NOME DO MEDICAMENTO** RotaTeq, solução oral. Vacina viva contra o Rotavírus **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** RotaTeq apresenta-se como uma solução (2 ml) em bisnaga maleável pré-cheia. Cada dose de vacina contém 5 diferentes tipos de rotavírus: não menos de  $2,2 \times 10^6$  UI<sup>1</sup> do tipo G1, não menos de  $2,8 \times 10^6$  UI<sup>1</sup> do tipo G2, não menos de  $2,2 \times 10^6$  UI<sup>1</sup> do tipo G3, não menos de  $2,0 \times 10^6$  UI<sup>1</sup> do tipo G4 e não menos de  $2,3 \times 10^6$  UI<sup>1</sup> do tipo P1A[8], solubilizados em água purificada.<sup>1</sup> Unidades Infecciosas. Esta vacina contém 1080 mg de sacarose. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS Indicações terapêuticas** RotaTeq está indicado na imunização ativa de lactentes a partir das 6 semanas até às 32 semanas de idade, para a prevenção de gastroenterites devidas a infeções por rotavírus. RotaTeq deve ser usado de acordo com as recomendações oficiais. **Posologia e modo de administração** Posologia O esquema de vacinação consiste em três doses. A primeira dose deve ser administrada a partir das 6 semanas de idade e nunca depois das 12 semanas de idade. RotaTeq pode ser administrado a lactentes que nasceram prematuramente desde que o período de gestação não seja inferior, no mínimo, a 25 semanas. Estes lactentes devem receber a primeira dose de RotaTeq no mínimo 6 semanas após o nascimento. As doses devem ser administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas. O esquema de vacinação de três doses deverá estar concluído preferencialmente às 20-22 semanas de idade. Se necessário, a terceira dose pode ser administrada até às 32 semanas de idade. Recomenda-se que os lactentes que recebem a primeira imunização contra o rotavírus com RotaTeq, devem também receber as doses subsequentes da mesma vacina. Caso se observe ou exista forte suspeita de que foi ingerida uma dose incompleta (ex., o lactente cuspiu ou regurgitou a vacina), poderá administrar-se uma dose de substituição na mesma sessão de vacinação; contudo, tal não foi estudado em ensaios clínicos. Caso se verifique uma recorrência do problema, não devem ser administradas doses de substituição adicionais. Não se recomenda a administração de mais doses após ter sido completado o esquema de 3 doses. **Modo de administração** RotaTeq é apenas para administração oral. RotaTeq NÃO DEVE SER INJETADO EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Hipersensibilidade após a administração prévia de vacinas contra o rotavírus. Antecedentes de invaginação intestinal. Indivíduos com malformações congénitas do trato gastrointestinal com predisposição para invaginação intestinal. Lactentes com diagnóstico ou suspeita de imunodeficiência. A administração de RotaTeq deve ser adiada em lactentes que apresentam uma patologia febril aguda grave. A administração de RotaTeq deve ser adiada em indivíduos que sofrem de diarreia aguda ou vômitos. A presença de uma infeção ligeira não é uma contraindicação para a imunização. **Advertências e precauções especiais de utilização** Não estão disponíveis dados de ensaios clínicos relativos à segurança ou eficácia da administração de RotaTeq em lactentes imunocomprometidos, lactentes infetados com o VIH ou lactentes que receberam uma transfusão de sangue ou imunoglobulinas nos 42 dias anteriores à administração. Os profissionais de saúde deverão estar atentos a quaisquer sintomas indicativos de invaginação intestinal (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangue nas fezes, distensão abdominal e/ou febre alta), como precaução, uma vez que dados de estudos observacionais indicam um risco aumentado de invaginação intestinal, principalmente nos 7 dias após a vacinação contra o rotavírus. Os pais/tutores devem ser aconselhados a notificar de imediato estes sintomas ao seu profissional de saúde. Não estão disponíveis dados de segurança ou eficácia relativamente a lactentes com patologia gastrointestinal ativa (incluindo diarreia crónica) ou atraso no crescimento. A administração de RotaTeq deverá ser considerada com precaução nestes lactentes quando, na opinião do médico, o retardar a administração da vacina implicar um maior risco. O nível de protecção proporcionado pelo RotaTeq baseia-se no facto de serem completadas as 3 doses. Tal como acontece com qualquer vacina, a vacinação com RotaTeq poderá não proteger completamente todos os vacinados. RotaTeq não oferece protecção contra gastroenterites provocadas por outros agentes patogénicos que não o rotavírus. Não estão disponíveis dados clínicos relativos à utilização de RotaTeq na profilaxia após a exposição. RotaTeq contém sacarose. Os doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, má absorção de glucose-galactose ou insuficiência de sucrase-isomaltase, não devem ser vacinados. Deve ser considerado o potencial risco de apneia e a necessidade de monitorização respiratória durante 48-72 horas quando se administra a primovacinação a lactentes nascidos muito prematuramente (nascidos  $\leq 28$  semanas de gestação) e particularmente naqueles com antecedentes de imaturidade respiratória. Como o benefício da vacinação é elevado neste grupo pediátrico, a vacinação não deve deixar de ser realizada, nem deve ser adiada. **Interações medicamentosas** RotaTeq pode ser administrado concomitantemente com vacinas infantis monovalentes ou combinadas, contendo um ou mais dos seguintes antigénios: DTPa, Hib, VIP, VAP, VHB, VPC e MenC. **Efeitos indesejáveis** Muito frequentes: diarreia, vômitos, piréxia. Frequentes: infeção respiratória superior. **Descrição de reações adversas selecionadas** Os dados de estudos observacionais de segurança realizados em vários países indicam que as vacinas contra o rotavírus implicam um risco aumentado de invaginação intestinal, com até 6 casos adicionais por 100.000 lactentes, nos 7 dias após a vacinação. Existe evidência limitada de um ligeiro aumento do risco após a segunda dose. Num estudo observacional de vigilância de segurança pós-comercialização, em larga escala, não houve aumento do risco da doença de Kawasaki, nos lactentes vacinados com RotaTeq. Para a lista completa de reações adversas incluindo as que foram reportadas na vigilância pós-comercialização, consultar o Resumo das Características do Medicamento. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** MSD VACCINS, 162 avenue Jean Jaurès, F-69007 LYON, França. Representante local: Merck Sharp & Dohme, Lda. **NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 5885785. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 27 de junho de 2006. **DATA DA ÚLTIMA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 18 de maio de 2011. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** setembro 2017. Medicamento sujeito a receita médica, não comparticipado. PVP: 51,18€. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado ou o seu representante local. Merck Sharp & Dohme, Lda.

1. EuroRotaNet: Annual report 2015 - <http://www.eurorota.net/>.



Merck Sharp & Dohme, Lda. | [www.msd.pt](http://www.msd.pt) | Tel. 214 465 700

Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360

Copyright © 2016 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA.

Todos os direitos reservados | VACC-1234240-0000 10/2017

RotaTeq®   
Vacina viva contra o Rotavírus

# O tratamento da diabetes tipo 1 – um desafio possível?

# A

A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é o tipo de diabetes mais frequente em crianças e adultos jovens, mas que, devido à enorme prevalência do tipo 2 na população adulta, é menos divulgada e reconhecida. É caracterizado pela incapacidade de produção de insulina, geralmente por destruição autoimune das células responsáveis no pâncreas. A única opção terapêutica é a insulina.

Mas o tratamento da DM1 tem várias particularidades, que a tornam um desafio. Em primeiro lugar, a insulina pode ser administrada através

de múltiplas injeções diárias ou através de sistemas de perfusão subcutânea de insulina, vulgarmente conhecidos por “bombas de insulina”. A bomba administra insulina continuamente através de um cateter, permitindo ajustes mais precisos e adequados à rotina individual. Por estes motivos, as bombas são cada vez mais utilizadas, e futuramente deverão ser disponibilizadas a cada vez mais pessoas.

O segundo aspeto particular é a necessidade de monitorização regular da glicemia. Aqui, também existem diferentes opções: a “tradicional” pesquisa da glicemia capilar, que implica picar os dedos várias vezes ao dia; e os sistemas de monitorização flash ou monitorização contínua, em que um sensor mede os níveis de glicose no líquido intersticial ao longo das 24 horas do dia. Além de fornecerem informação mais



**Susana Castilho**

Pediatra, membro da direção da Associação de Jovens Diabéticos de Portugal

completa sobre as variações de glicemia, têm como vantagens adicionais a redução do número de picadas e a ligação aos sistemas de perfusão de insulina, sendo uma opção cada vez mais popular. Por fim, o tratamento da DM1 inclui cuidados especiais na alimentação e exercício físico. A dose de insulina deve ser aumentada proporcionalmente ao teor de hidratos de carbono (HC) das refeições, pelo que é necessário aprender a identificá-los, num exercício chamado contagem de HC. Tal como para a população em geral, a dieta deve ser equilibrada e variada; a única diferença é que a pessoa com DM1 deve saber o que está a comer e administrar a dose adequada de

insulina, quer seja uma salada, um prato de arroz ou uma fatia de bolo!

Quanto ao exercício físico, este deve ser encorajado em todos os tipos de diabetes. Na DM1 há que ter atenção ao risco de hipoglicemia: pode ser necessário reduzir a insulina e/ou fazer uma refeição com HC previamente, assim como monitorizar a glicemia durante a atividade.

Desta forma, o tratamento da DM1 constitui um quebra-cabeças que nem sempre é fácil de resolver. No entanto, com prática e perseverança é possível manter as glicemias controladas e, pouco a pouco, a pessoa com DM1 torna-se especialista em ultrapassar desafios!

Com prática e perseverança é possível manter as glicemias controladas e, pouco a pouco, a pessoa com DM1 torna-se especialista em ultrapassar desafios

# 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 360°, 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](http://www.newsmuseum.pt)

[info@newsmuseum.pt](mailto:info@newsmuseum.pt)  
T. +351 201 126 600



**NEWS  
MUSEUM**  
@LISBOA\_SINTRA

# 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



Compatível com: Android®, iOS®, Windows® e BlackBerry®. Bluetooth® é uma marca registada da Bluetooth SIG, Inc. Android® é uma marca registada da Google Inc. iOS® é uma marca registada da Apple Inc. BlackBerry® é uma marca registada da BlackBerry Limited. Todas estas marcas comerciais e logótipos pertencem aos seus respectivos proprietários e estes não patrocinam, nem endossam este material.  
1. ISO 15197:2013 In vitro diagnostic test systems - Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus. | 2. Tal como avaliado em C. Scuffi, MSc; F. Berti, PhD Scientific & Technology Affairs BU Check Up Corporate A. Menarini Diagnostics; Certificado TÜV SÜD Japan.  
1ª Edição Janeiro 2016. Dispositivos médicos para diagnóstico in vitro. | Para mais informações consulte o respetivo manual de instruções.