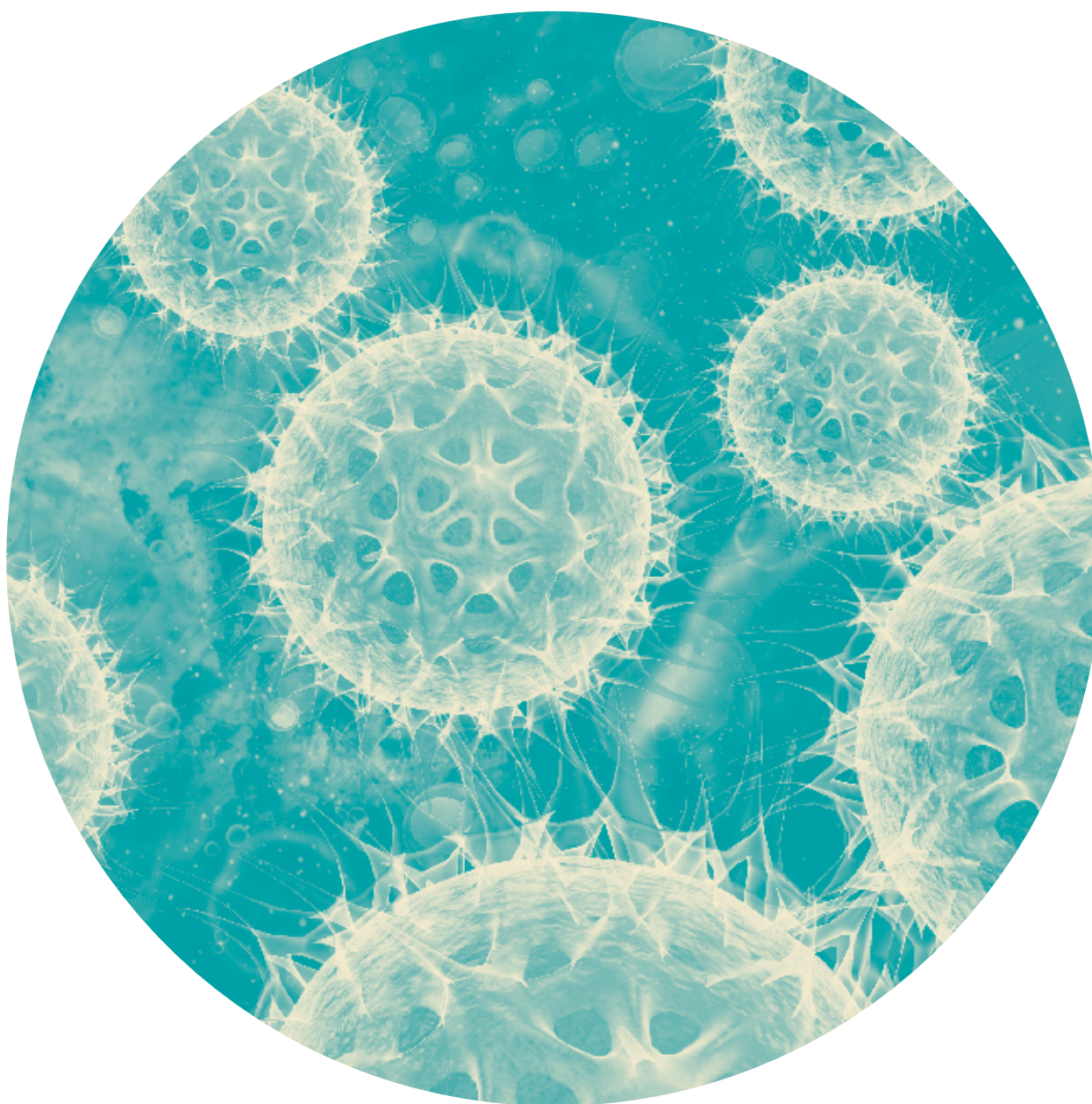


Enfermeiro

Anuário 2019



www.vitalaire.pt

CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS

800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24 HORAS POR DIA

ESTARMOS PRÓXIMOS É VITAL

A VitalAire faz parte do Grupo Air Liquide, líder em serviços para a indústria e saúde. Em Portugal, profissionais de saúde experientes e qualificados instalam e monitorizam terapias no domicílio do doente, mediante prescrição médica, há mais de 30 anos. Estamos consigo sempre.

TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO VENTILOTERAPIA OXIGENOTERAPIA



INVENTING FOR LIFE

SOMOS INSPIRADOS POR
UMA VISÃO PARTILHADA E
POR UMA MISSÃO DE SALVAR
E MELHORAR VIDAS

Uma procura
pela descoberta,
uma vocação
pelo tratamento



05

Gestão do percurso do utente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica



06

Projeto CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma



07

Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão



08

Educação, treino da terapêutica inalatória na comunidade



10

Tratar a DPOC: perguntas certas, respostas honestas



11

Fármaco e inalador: mitos e verdades na asma nas escolas – o que os profissionais têm de saber?



12

Como motivar o doente com DPOC?



13

Oxigenoterapia domiciliária – perspetiva da equipa de enfermagem da Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva do Hospital de Santa Maria



16

“Quero deixar aquilo que prometemos estruturado e sólido”



23

Infeções respiratórias e superbactérias



26

O papel da enfermagem na Diabetes



28

O soldado desconhecido



34

MS Nurse Professional: formação online para quem acompanha pacientes com Esclerose Múltipla



36

O papel dos enfermeiros no cuidar na Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica



37

Linhas que marcam



39

Reduzir e aliviar os efeitos secundários do tratamento do cancro na pele



42

As inovações são ajudantes em enfermagem



48

O papel do enfermeiro de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos



50

Cancro do cólon e reto



52

Preparação para o parto



58

Via Verde AVC - O enfermeiro como promotor da acessibilidade



59

Alimentação, saúde e ambiente. Que relação?



60

As infeções fúngicas nos pés – um problema de saúde pública



62

Ventilação não invasiva e doenças neuromusculares



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
RPO
Produção Gráfica, LDA.

A caminho da IV edição!

Comissão Organizadora

Enf.^a de Reabilitação
Maria do Carmo
Oliveira Cordeiro

Prof.^a Doutora
Paula Pinto

Presidente da entidade organizadora

Enfermeira
Filomena Leal

Caros colegas,

Ao escrever o presente texto, e ao recordarmos os vários momentos, desde as I Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, registados em fotos, vídeos, artigos publicados no Anuário de Enfermagem, sem dúvida que, enquanto comissão organizadora, nos orgulhamos de afirmar que a edificação de cada uma das anteriores edições se caracterizou pela excelência da qualidade científica, inovação, criatividade e abrangência formativa na área respiratória à luz do estado de arte nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Respiratório. Um dos objetivos primordiais na continuidade destas jornadas é manter-se como uma referência nacional em Cuidados Respiratórios em Enfermagem.

Os três anos transatos permitiram um crescimento conjunto com a colaboração de diferentes profissionais de saúde, desde enfermeiros, enfermeiros de reabilitação, pneumologistas, médicos de Medicina Geral e Familiar, imunoalergologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de cardiopneumologia, cardiologistas, nutricionistas, fisiologistas do exercício que movidos por um interesse comum, a área respiratória, e, caminhando na excelência do que melhor se faz nos Cuidados Respiratórios... partilharam connosco o seu conhecimento. Conheceram-se também projetos inovadores, deu-se voz aos enfermeiros – aos enfermeiros de reabilitação dos diferentes contextos clínicos – do internamento aos cuidados de saúde primários.

Em 2019, cá estamos outra vez, com as IV Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, sob o lema “Cuidados Respiratórios Certos: Inspirar, Reabilitar, Capacitar”, e não foi escolhido de forma aleatória! Subjacente está o nosso propósito de continuar com o que tem sido, ao longo deste percurso, um dos nossos lemas inspirativos: Inspirar outros a promover boas práticas nos Cuidados Respiratórios, a Reabilitar o doente respiratório, a Capacitar para desenvolver competências acrescidas na gestão da doença respiratória nos diferentes contextos clínicos, e tudo isto só é possível continuando a promover, a divulgar o que melhor se faz na área respiratória, elevando neste âmbito a excelência dos Cuidados de Enfermagem.

Pretendemos que este evento constitua um espaço de aproximação entre os vários profissionais de saúde que trabalham na área clínica, bem como uma oportunidade de atualização técnico-científica, de debate, de partilha de experiências e reflexões. E, ainda, evidenciar o interesse sinalagmático e recíproco das várias áreas de intervenção ao doente respiratório: reabilitação respiratória, a componente do treino de exercício, da atividade física, da educação do doente respiratório crónico, tendo-se ainda integrado no evento outras áreas de relevância: o doente com patologia oncológica, com ostomia respiratória, as infeções respiratórias, os quais serão abordados por prestigiados palestrantes que nos brindam com o seu saber e com a sua experiência profissional.

O evento contará também com um espaço para apresentação de trabalhos sob a forma de poster sobre temas diversos, cuja exposição será no formato digital.

A par do programa científico são também promovidos momentos sociais, contando o primeiro dia das Jornadas com uma aula de Bodybalance às 17h30 para todos os presentes. Trata-se de uma iniciativa que pretende reforçar a amizade, o convívio e o reencontro de todos os presentes num momento zen. As Jornadas encerram com um momento cultural surpresa, mas muito didático, da autoria do Dr. Eurico Silva e do Maestro Luís Sã. Contamos com a vossa presença.



JORNADAS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS CERTOS: INSPIRAR, REABILITAR, CAPACITAR

3, 4 E 5 Abril 2019 | Auditório António Domingues de Azevedo - OCC | Lisboa

ENTIDADE ORGANIZADORA:



APOIO:



O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Gestão do percurso do utente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

As doenças crónicas exigem uma resposta complexa, a longo prazo, multiprofissional e integrada, envolvendo diferentes sectores. Os cuidados de saúde primários (CSP) assumem um lugar privilegiado de proximidade ao utente com doença crónica, nomeadamente, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), doença subdiagnosticada e que afeta mais de 800 mil pessoas em Portugal (DGS, 2015).

No ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, em 2016, apenas 2,1% dos utentes estavam diagnosticados com DPOC, sendo que a prevalência desta doença estima-se rondar os 14,2%, com tendência para aumentar (BOLD, 2013). Considerando o impacto na qualidade de vida do utente, a gravidade das agudizações e os custos associados, surge, então, o projeto “Gestão do percurso do utente com DPOC” do ACeS, onde a integração de cuidados vem colmatar um perfil organizacional não uniformizado, como foco principal da gestão e condução do sistema de saúde atual. A redefinição do papel das equipas e dos profissionais na resposta assistencial à pessoa com DPOC surge como um meio para combater o subdiagnóstico, melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões da qualidade na prestação de cuidados, maximizar a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e, assim, obter ganhos em saúde.

Através do projeto e da celebração de protocolos entre o ACeS e o Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., obteve-se:



Edite Brito

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ACeS Cávado III Barcelos/Esposende

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação contribui para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos, evocando o papel ativo do utente/família no seu plano individual de cuidados

- Maior acessibilidade a espirometrias, exame essencial para confirmação do diagnóstico;
 - Promoção da integração de cuidados intra e interinstitucional, através da elaboração de um manual de procedimentos com base no ciclo de acompanhamento da DPOC (cessação tabágica, nutrição, psicologia, consultas *follow-up* e reabilitação respiratória);
 - Promoção de processos de literacia para a autogestão da doença e sensibilização das equipas de saúde;
 - Redução de custos diretos e indiretos para o SNS (melhor coordenação entre níveis de cuidados).
- O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) assume um papel de relevo em todo o projeto, desde a fase diagnóstica até à implementação do mesmo, contribuindo para a promoção e gestão da resposta multifacetada ao utente com DPOC. Tendo como objetivos gerais melhorar a função, promover a inde-

pendência e a máxima satisfação da pessoa, a intervenção do EER vem contribuir para uma melhor qualidade de vida da pessoa com DPOC, evocando o papel ativo do utente/família no seu plano individual de cuidados (PIC), instrumento de ligação/negociação inovador do projeto, centrado não na patologia em si, mas no percurso de vida da pessoa, nos seus problemas de saúde, com base nas expectativas da mesma face à sua situação de saúde/doença. O PIC materializa a gestão do percurso da pessoa nas instituições e a integração de cuidados entre CSP e hospital.

Emerge a necessidade de se disseminar a reabilitação respiratória nos CSP, como palco principal na abordagem à pessoa com DPOC, uma vez que é a resposta mais eficaz na melhoria da dispneia, estado de saúde e tolerância ao exercício, mas que, ainda, se revela escassa face ao número de candidatos (DGS, 2010; GOLD, 2019).

Desta forma, a implementação de boas práticas contribui para o desenvolvimento sustentável do SNS, destacando-se a importância da definição do processo assistencial à pessoa com DPOC de forma transversal e integrativa. Gerir percursos dos utentes dentro do SNS combate a superutilização dos serviços. Investir e melhorar a resposta dos CSP, através da maximização das suas capacidades, promove o acesso célere aos cuidados de saúde, criando, assim, valor para os cidadãos.

Projeto CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma

A asma é uma doença respiratória crónica inflamatória e obstrutiva, com grande impacto para os doentes, para as famílias e para o Estado, tendo em Portugal uma prevalência de 6,8%. Estima-se que apenas 57% das pessoas com asma tenha a doença controlada, embora 88% dos doentes não controlados considerem que têm a doença controlada.

Nesse sentido, foi lançado em Portugal o movimento CAPA (Cuidados Adequados à Pessoa com Asma). Este movimento é a componente portuguesa do projeto internacional designado ARC – Asthma Right Care, iniciado em quatro países membros do IPCRG (International Primary Care Respiratory Group), nos quais se inclui Portugal, através do GRESP – APMGF (Grupo de Estudo de Doenças Respiratórias da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) ao qual se aliaram os parceiros de forma individual (profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários e secundários, técnicos de cardiopneumologia), bem como sociedades científicas (Associação Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Associação Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Associação Portuguesa de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), Associação Portuguesa de Pneumologia (SPP), Associação Nacional de Farmácias (ANF), Direção Geral de Saúde (DGS), Farmácias Holon,



Cláudia Vicente

Médica de família - USF Mealhada

Coordenação GRESP

Coordenação projeto CAPA

Associação de Farmácias de Portugal (AFP), Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP), Associação Portuguesa de Asmáticos de Portugal (APA)). Trata-se de um movimento social que tem como objetivo principal consciencializar os profissionais de saúde, doentes, cuidadores e associações para a melhoria dos cuidados na asma e, consequentemente, para um melhor controlo da doença. Fazer parte deste movimento e dinamizá-lo tem sido um enorme desafio no sentido em que pretendemos chegar a “públicos” muito diversos e através de diferentes veículos de formação e informação mantendo o nosso foco – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma. Com isto, pretendemos um diagnóstico correto que deve exigir um tratamento e seguimento adequados, evitando agudizações, perda de qualidade de vida e gastos desnecessários.

De uma forma muito prática o CAPA organizou-se em vários grupos de trabalho que atuam sinergicamente. Nestes grupos tem sido desenvolvido trabalho que pretende sensibilizar profissionais e autoridades para o excesso de consumo de broncodilatadores de curta ação e para o perigo que este

excesso de confiança representa nas pessoas com asma. Simultaneamente, expõe a natureza inflamatória da doença que implica o uso de um anti-inflamatório (corticoesteróide) para o seu controlo. Outros campos de atuação planificam ações de formação a profissionais, ações de sensibilização à população e nas escolas. Há ainda material didático a ser desenvolvido para ser distribuído nas ações.

Para divulgar esta informação o movimento conta já com a sua página online <http://capa-asthmarightcare.org/>, bem como com a sua presença nas redes sociais (facebook – CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma; instagram- capa.arc)

O CAPA está a dar os seus primeiros passos e pode ter um papel importante no futuro das pessoas com asma em Portugal. É importante contar com a participação de todos!

A asma é uma doença respiratória crónica inflamatória e obstrutiva, com grande impacto para os doentes, para as famílias e para o Estado, tendo em Portugal uma prevalência de 6,8%

Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão



Ana Filipa Henriques (1), Lucília Alves (2),
Mónica Pinto (3), Pedro Teixeira (4)

(1), (2), (3), (4) - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na Unidade de Reabilitação Respiratória do CHULN, HPV

(2) Enfermeira Chefe da Unidade de Reabilitação Respiratória do CHULN, HPV

A neoplasia do pulmão é uma das patologias respiratórias mais relevantes devido à sua considerável incidência e alta taxa de mortalidade. É a principal causa de morte por doença oncológica, verificando-se um aumento da sua prevalência e sendo respon-

sável por mais de um milhão de novos casos por ano (World Health Organization, 2012; Minna & Shiller, 2008; Barata & Costa, 2007). A evolução da doença e da manifestação dos sintomas despoleta défice de autocuidado, condicionando a realização das atividades de

vida diárias (AVD) de forma autónoma, afetando a qualidade de vida.

Na prática diária verifica-se uma degradação do estado geral da pessoa com esta patologia, sendo frequentes alterações ao nível da marcha, do equilíbrio, da proprioção e da consciência que remetem para um estado de dependência na satisfação das AVD. Nesta fase de transição da saúde/doença, o enfermeiro de reabilitação assume um papel primordial no processo de cuidar, aliviando o sofrimento, e promovendo o conforto. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação (ER) contribui em variados aspetos, nomeadamente no controlo de sintomas, minimizando as manifestações da doença, na promoção da autonomia associada ao conforto e no suporte emocional.

Neste sentido, e tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), o nosso papel torna-se fundamental para otimizar as capacidades funcionais da pessoa com vista à sua manutenção e/ou recuperação do seu mais elevado potencial, promovendo o bem-estar e a respetiva reintegração familiar e social. A intervenção deverá, portanto, ser promotora da qualidade de vida e habilitar para o fim da mesma, tendo em conta as vertentes mencionadas. Este leque de intervenções contribuem para que as pessoas consigam obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER, tais como a diminuição da perceção da sensação da dispneia, a diminuição da dor, a melhoria do estado funcional com aumento de independência, melhorando e/ou adquirindo estratégias de adaptação eficazes.

É cada vez mais pertinente e fulcral a intervenção do EEER nos cuidados de saúde, nomeadamente em contexto de internamento. Desta forma, na nossa perspetiva, o futuro reside na divulgação das boas práticas de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão, baseada na evidência mais atual, com especial investimento nos ganhos em saúde potenciais que prolonguem a qualidade de vida o mais tempo possível à pessoa com este tipo de patologia, obtendo, por consequência, benefícios múltiplos para a sociedade no geral.

O futuro reside na divulgação das boas práticas de enfermagem de reabilitação à pessoa com neoplasia do pulmão

Educação, treino da terapêutica inalatória na comunidade

As doenças respiratórias são a terceira causa de morte em Portugal, sendo que 11 a 12 mortes em cada 100 por ano são provocadas por doenças no aparelho respiratório.

Estas doenças representam uma das principais causas de consultas não programadas nos Cuidados de Saúde Primários. As pessoas com doença crónica, especialmente asma e DPOC, representam uma grande fatia quando não têm a doença controlada. Sabemos que um dos principais fatores que leva ao mau controlo da doença é a má utilização da terapêutica inalatória.

A má adesão à terapêutica inalatória pode ter várias razões subjacentes, desde a dificuldade na utilização dos diferentes dispositivos inalatórios, o desconhecimento do seu impacto no controlo da doença, até às dificuldades económicas que não permitem a aquisição deste tipo de medicação. É função do

enfermeiro avaliar os fatores da não adesão ao tratamento farmacológico e adequar a sua intervenção e linguagem educacional de acordo com o nível de literacia da pessoa. Na consulta de enfermagem, seja na unidade de saúde ou no domicílio, é a presença de queixas referidas pelo utente e/ou relatadas pelo familiar que deve levar o enfermeiro a indagar o motivo das mes-

mas. Exemplos: “Acordo mais cansado, na última semana tive mais tosse (sic).”; “Sinto mais falta de ar ao subir escadas (sic).”, “O meu marido, na última semana, já nem foi ao café, anda com muita tosse (sic).”; “O meu filho passou a noite a tossir, tem acordado com pieira (sic).”. Neste tipo de situações estará o doente a tomar a medicação conforme a prescrição, atendendo à hora, dose e via correta? A técnica inalatória estará correta? Utiliza corretamente o dispositivo inalatório?

Neste contexto, qual o papel do enfermeiro, e qual o papel da pessoa com doença respiratória? Incumbe ao enfermeiro a educação terapêutica e o treino da técnica inalatória visando o controlo da doença respiratória crónica e o alívio dos sintomas na doença aguda.

Através de uma abordagem estruturada, o enfermeiro deve educar sobre a doença

respiratória, modo de atuação na gestão da doença, importância do cumprimento da medicação, desmistificar o uso dos dispositivos inalatórios. Também o próprio dispositivo inalatório deve ser o adequado à pessoa, não devemos esperar que a pessoa se adapte ao dispositivo; apesar de não ser o prescritor, o enfermeiro deve colaborar com o médico na escolha do dispositivo que a pessoa tenha mais facilidade de utilizar: perfil inspiratório da pessoa, destreza manual, capacidade cognitiva, literacia em saúde, entre outros fatores.

Por outro lado, a pessoa com doença respiratória deve compreender a importância da gestão da medicação no melhor controlo da sua doença, e sentir que sempre que tiver dúvidas, dificuldades no manuseamento do dispositivo pode procurar ajuda junto do enfermeiro. Na prática, quem trabalha com pes-



Maria do Carmo Cordeiro

Enfermeira Especialista de Reabilitação
(USP-ACeS Loures-Odivelas)



Liliana Silva

Enfermeira Especialista de Reabilitação
(USL- Matosinhos, Serviço UCC Matosinhos)

Incumbe ao enfermeiro a educação terapêutica e o treino da técnica inalatória visando o controlo da doença respiratória crónica e o alívio dos sintomas na doença aguda



soas com doença respiratória sabe que, com o decorrer do tempo, os passos a cumprir na técnica inalatória são esquecidos, já não se recorda qual o tipo de inalação que deve fazer, confunde os passos de ativação do dispositivo e omite tomas. É, portanto, fundamental que em todas as oportunidades (unidade de saúde, visita domiciliária e comunidade) a técnica inalatória seja revista e abordada pelo enfermeiro.

As sessões de intervenção educacional têm sido estudadas como forma de melhorar a adesão e a técnica inalatória, propondo-se o uso de checklist orientadora da utilização do dispositi-

O melhor indicador de uma educação terapêutica eficaz é o alívio sintomático referido pela pessoa após a utilização correta do dispositivo e respetivo efeito terapêutico

tivo e para a validação da técnica executada pela pessoa, e que devem fazer parte integrante da componente educacional do ensino dos dispositivos inalatórios por parte dos enfermeiros.

O melhor indicador de uma educação terapêutica eficaz é o alívio sintomático referido pela pessoa após a utilização correta do dispositivo e respetivo efeito terapêutico.

A formação está disponível, as pessoas com doença respiratória também, o que falta ao enfermeiro?

Para o enfermeiro dar resposta a estas necessidades a formação na área torna-se indispensável, é necessário educar o educador!

Tratar a DPOC: perguntas certas, respostas honestas

Como médico de família, ex farmacêutico e acérrimo promotor do trabalho em equipa, lanço as primeiras perguntas. Quem trata a DPOC e saberemos todos tratá-la?

A primeira resposta é académica. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade e devem colaborar no seguimento das pessoas com DPOC. Mas será que estamos todos sensibilizados e habilitados para tratar esta patologia?

Ser médico de família não é tarefa fácil! Tratamos, da cabeça até aos pés, o utente, a família, e o mais que ainda vier.... E o enfermeiro de família tem idêntica missão. Mas há doenças prioritárias no dia a dia e a DPOC apesar de grave não está ao mesmo nível de uma diabetes ou hipertensão. Até os indicadores contratualizados refletem isso. Só é avaliado o registo do FEV1, dado notoriamente insuficiente para levar as equipas a pensarem coordenadas na DPOC. E na farmácia, como será? Terá o farmacêutico informação se o cliente padece de asma, DPOC ou outra patologia quando lhe dispensa um inalador? Que aconselhamento poderá dar na ausência desta informação?

E o utente, como sente a DPOC? A resposta também é fácil, nos casos de doença ligeira não a valoriza. Será porque não sente a doença? Ou porque não é uma prioridade para si nem para os profissionais de saúde que o acompanham? Eis um pensamento muito honesto. Enquan-

to como profissionais de saúde não valorizarmos a DPOC em todos os seus estádios, as pessoas com esta doença não terão os melhores e justos cuidados.

Quantos doentes com DPOC não fazem terapêutica inalatória diária? Quantos não fazem terapêutica broncodilatadora adequada à sua sintomatologia? Quantos fazem corticosteroides inalados desnecessariamente?

Quantos têm a vacinação antipneumocócica cumprida e a vacinação antigripal anual (que agora até é gratuita)?

As respostas a estas questões variam em função da motivação e preparação da equipa de saúde.

E não é que nos últimos 40 anos, apesar de surgirem novos e mais fáceis inaladores, a taxa de erros se mantém semelhante! Porquê? A aprendizagem do inalador é cinestésica e para isso o profissional de saúde tem de “ganhar tempo” a exemplificar e rever, de preferência em equipa, educando sempre que a DPOC é uma doença pulmonar obstrutiva, e por isso é necessário dar aos pulmões medicamentos que “abrem” a obstrução e, como é crónica, é para “todos os dias”.

Mas não temos tempo para tudo isto, dirão! Honestamente, um pouquinho de método e partilha de tarefas e sobrará tempo, pois um doente capacitado e controlado gasta sempre menos tempo ao longo da sua vida. Não acontece assim na Diabetes e na Hipertensão?



Eurico A. R. Silva

Médico de família – USF João Semana

Membro da coordenação do GRESP (grupo de doenças respiratórias da APMGF)

Enquanto como profissionais de saúde não valorizarmos a DPOC em todos os seus estádios, as pessoas com esta doença não terão os melhores e justos cuidados

Fármaco e inalador: mitos e verdades na asma nas escolas – o que os profissionais têm de saber?

Ao longo dos tempos, muitos mitos têm permanecido em redor da asma. Na sociedade atual, onde a “desinformação” se propaga como um rastilho de pólvora, a educação para a saúde revela-se mais importante do que nunca, e os profissionais de saúde, em todos os locais e campos de intervenção, assumem um papel cada vez mais determinante. Existindo cerca de um milhão de pessoas com asma em Portugal, e tendo a maioria dos casos início na infância, a escola tem de saber dar o exemplo. Se, por um lado, é importante que a escola seja inclusiva e um local agradável para uma criança crescer feliz, com ou sem asma, por outro lado os profissionais têm de difundir conhecimentos sobre a doença e es-

tar atentos a sinais e sintomas, sinalizando estas situações. A asma na infância manifesta-se por tosse, pieira/chiadeira ou sensação de peso no peito, cansaço ou dificuldade em respirar. Queixas que se repetem no tempo e que muitas vezes surgem em contexto de exercício físico, com o riso ou com o choro, em caso de exposição a alérgenos ou se houver sinais de uma infeção respiratória. E logo aqui começam as dúvidas... Crianças e jovens com asma podem praticar desporto? Podem participar em todas as atividades escolares? E os alimentos, podem provocar asma? Como atuar se houver uma crise? Os medicamentos para a asma não são perigosos? E se uma criança com asma tiver febre, pode tomar ibuprofeno?



Helena Pité

Médica especialista em Imunoalergologia, Centro de Alergia, CUF Infante Santo Hospital e CUF Descobertas Hospital, Lisboa; investigadora doutorada do CEDOC, NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa

7 MITOS NA ASMA... E AS VERDADES!

MITOS...	VERDADES...
Crianças e jovens com asma não podem praticar desporto?	Podem e devem! É importante ter a asma controlada para que todas as crianças possam usufruir dos benefícios da prática desportiva.
Os alimentos podem provocar asma?	A asma não é geralmente provocada por alimentos e a maioria das pessoas com asma não tem alergia alimentar. Algumas pessoas com alergia alimentar podem também ter asma.
Os medicamentos para a asma são perigosos?	Os tratamentos para a asma não são perigosos, mas devem ser bem usados para garantir os melhores resultados. O uso correto dos dispositivos para inalação é essencial.
Crianças com asma não podem tomar ibuprofeno?	As crises de asma provocadas por anti-inflamatórios não esteroides são raras, em especial nas crianças. Algumas crianças com hipersensibilidade a medicamentos podem também ter asma.
A asma não pode ser diagnosticada antes dos 3 anos?	O diagnóstico de asma é clínico, independentemente da idade. A asma pode ter início em qualquer idade e existem tratamentos adequados para todos. Nunca é demasiado cedo para tratar.
Todas as pessoas com asma têm alergias?	Nem todas as pessoas com asma têm alergias. Apesar da maioria dos casos de asma na infância estarem relacionados com alergias, o seu papel pode ser menos importante sobretudo quando a asma se inicia em idade adulta.
A asma vai passar com a idade?	Esperar que passe com o crescimento pode ser muito perigoso. E em muitos casos não passa... Quanto mais tempo se mantém as queixas, menos provável é que elas desapareçam.

É importante clarificar, educar e tranquilizar. Cada criança com asma deve ter um esquema escrito de tratamento preventivo diário e de alívio em caso de agudização dos sintomas. O reconhecimento dos sintomas e da sua gravidade, bem como a utilização correta dos medicamentos e dos dispositivos de terapêutica inalada revelam-se essenciais. A asma é uma doença crónica frequente, está entre nós, não só nas unidades de saúde, mas sobretudo na comunidade e, claro, na escola. A asma pode e deve ser controlada com o envolvimento ativo da criança/jovem e da sua família numa gestão conjunta da doença com todos os profissionais de saúde, e contando sempre também com os profissionais de educação, para a promoção do bem-estar e de um ambiente saudável.

Como motivar o doente com DPOC?

“People are generally better persuaded by the reasons which they have themselves discovered than by those which have come into the minds of others.”

Blaise Pascal



Tiago Lopes

Médico de família - USF da Baixa, ACES Lisboa Central
Membro do GRESP

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é um problema de saúde com um importante impacto na morbidade e mortalidade. Parte das estratégias para melhorar a saúde destes doentes passa pela sua capacidade em adotar estilos de vida saudáveis.

Nesse sentido, a promoção da prática de exercício físico ou aconselhamento para a cessação tabágica são fundamentais, contudo podem levantar algumas resistências. Não é infrequente que os utentes desenvolvam comportamentos agressivos ou defensivos, provocando sentimentos de frustração ou desinvestimento por parte do profissional de saúde.

A entrevista motivacional foca-se não em ensinar aos utentes a informação que lhes falta, mas educá-los a utilizar as informações de que já dispõem para a mudança. Esta estratégia é claramente mais eficaz no processo de mudança que a crítica ou a culpabilização. Ela deverá ser

usada quando existir resistência às recomendações propostas pelo profissional de saúde, ou quando o utente mostre hesitação ao considerar a mudança de comportamento.

O principal foco não é apontar as falhas (ainda que possam ser importantes), mas sim caracterizar os próprios recursos, desejos, expectativas, pontos fortes e capacidade para a mudança, validando os que se considerem positivos no processo de mudança. Esta abordagem tem como principais pilares a compreensão das crenças / sentimento / argumentos do utente, a colaboração mútua no processo de mudança e o respeito pela sua autonomia.

A identificação de ambivalência nos argumentos é um marco importante nesta intervenção. Esta deverá ser devolvida ao utente e trabalhada, através de escuta empática e reflexiva, possibilitando comunicar-lhe o nosso conhecimento dos seus

conflitos internos e o nosso interesse em ajudar a resolvê-los.

Neste processo, podem ser importantes a utilização de técnicas para a caracterização e auxílio no processo de mudança, como o modelo de mudança comportamental dos 5 A's e a análise SWAT.

Por último, saliento a importância de conhecermos bem o tópi-

co em estudo, nomeadamente as vantagens e desvantagens do processo de mudança, de modo a proporcionar: uma relação de confiança mútua entre profissional e utente, esclarecimento adequado e exaustivo de dúvidas (caso seja exigido ao profissional) e planificação de um plano realista que vá de encontro às expectativas do utente.

A entrevista motivacional foca-se não em ensinar aos utentes a informação que lhes falta, mas educá-los a utilizar as informações de que já dispõem para a mudança

Oxigenoterapia domiciliária – perspetiva da equipa de enfermagem da Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva do Hospital de Santa Maria

A oxigenoterapia domiciliária consiste na administração de oxigénio de forma contínua no domicílio em doentes com hipoxémia crónica. Pode ser prescrita em vários contextos clínicos:

- Oxigenoterapia domiciliária de longa duração (OLD): consiste na prescrição de oxigénio num mínimo de 15h/dia incluindo o período noturno. Em doentes com insuficiência respiratória crónica, a OLD aumenta a sobrevivência, melhora a tolerância ao esforço e a funcionalidade do doente, incluindo o seu desempenho cognitivo. Está associada a uma menor incidência de complicações e a uma redução do número de hospitalizações.

- Oxigenoterapia como adjuvante de ventiloterapia: quando se verifica hipoxémia noturna após otimização dos parâmetros ventilatórios.

- Oxigenoterapia de curta duração: esta modalidade terapêutica destina-se ao uso de oxigénio por curtos períodos que não deverá exceder os 3 meses.

- Oxigenoterapia como tratamento paliativo: refere-se à administração de oxigénio para alívio da dispneia em doentes com neoplasia do pulmão ou doentes terminais que apresentem este sintoma.

- Oxigenoterapia de deambulação: consiste na administração de oxigénio durante o exercício e a realização das atividades de vida diária do doente que apresentam dessaturação no esforço



(Da esquerda para a direita) - Isabel Videira, Andreia Pinto, Carla Tapada, Rita Duarte.

É importante avaliar o nível de atividade do doente para que a prescrição e escolha do equipamento adquira um caráter efetivo e realista de acordo com o uso que o doente lhe dará

mediante realização de prova de marcha. Tem como objetivo aumentar a tolerância do doente ao esforço.

É importante avaliar o nível de atividade do doente para que a prescrição e escolha do equipamento adquira um caráter efetivo e realista de acordo com o uso que o doente lhe dará.

Em doentes que se ausentam de casa pontualmente (idas a consultas) deve escolher-se o concentrador convencional como fonte de oxigénio para uso domiciliário, salvaguardando o direito do doente a solicitar cilindros de oxigénio gasoso para as deslocações esporádicas.

Em doentes ativos e que saiam regularmente de casa deve escolher-se um equipamento portátil de acordo com as suas necessidades e capacidade física/cognitiva para o seu manuseamento.

Existem ainda doentes que apenas necessitam de aporte de oxigénio durante a atividade física, destinando-se a ser cumprido, apenas durante o esforço.

Os equipamentos de oxigenoterapia de deambulação poderão variar entre portáteis de oxigénio líquido e concentradores portáteis. A sua escolha está diretamente relacionada com o débito de oxigénio que o doente necessita no esforço, a sua tolerância ao modo de funcionamento do portátil (contínuo ou pulsado) e a capacidade de o manusear e transportar. Desta forma é imprescindível a realização de prova de marcha com o portátil de oxigénio que o doente irá usar.

A avaliação destes doentes deve ser rigorosa no sentido de avaliar a utilização efetiva do oxigénio por parte dos mesmos e a melhoria dos seus sintomas. Quando se verifica que não há melhoria da sintomatologia ou que o doente não tem adesão, a sua prescrição deve ser suspensa.

Os doentes com indicação de oxigenoterapia de deambulação devem ser integrados em programas de reabilitação respiratória.



A prescrição de oxigenoterapia domiciliária deve obedecer aos critérios da norma da DGS n.º18/2015 e ter em consideração a estabilidade clínica do doente após reabilitação respiratória e cessação tabágica.

As prescrições iniciais de oxigenoterapia domiciliária devem ser feitas por especialistas em centros de referência, com equipas multidisciplinares treinadas na área. Os médicos de família e respetivas equipas de

saúde devem assegurar a continuidade da prescrição.

Após a decisão clínica de início de oxigenoterapia domiciliária, a escolha do equipamento deve ter em consideração a facilidade de utilização do aparelho, a idade do doente, a sua mobilidade, a capacidade de compreensão do tratamento pelo doente e família/cuidador, as condições económicas/habitacionais e o débito prescrito.

Deverá ser efetuada educação e ensino ao doente e família/cuidador, sobre os motivos da prescrição e alguns princípios básicos de oxigenoterapia. É fundamental ter em conta os seguintes aspetos:

- Avaliar as condições do domicílio para garantir a instalação segura dos equipamentos de oxigénio, alertando para os riscos de proximidade com fontes de calor ou fumo de tabaco;
- Dar a conhecer o equipamento de oxigénio e seu funcionamento, focando a necessidade de ter oxigénio gasoso de reserva no

caso de o doente ter um concentrador ou contentor de oxigénio líquido;

- Informar o doente com prescrição de concentrador convencional que a empresa prestadora de cuidados respiratórios domiciliários ajuda no pagamento da energia elétrica consumida pelo mesmo;

Salientar a importância de cumprir um período mínimo de 15 horas de uso diário de oxigénio, no caso da OLD;

- Alertar para a importância em cumprir os débitos prescritos (repouso, esforço a dormir) e o risco de alteração dos mesmos;

- Informar sobre as recomendações da oxigenoterapia quando vai viajar;

- Fornecer o contacto telefónico da equipa hospitalar para resolução de situações clínicas e da empresa prestadora de cuidados respiratórios domiciliários para resolução de problemas técnicos.

A avaliação e acompanhamento do doente com oxigenoterapia domiciliária requer uma abordagem multidisciplinar. No entanto, realçamos o papel que o enfermeiro tem na comunicação e proximidade com o doente e família/cuidador, que lhe permite melhor identificar as suas necessidades, sendo o elemento da equipa que mais pode desenvolver a área da educação, ensino, treino, capacitando-o e tornando-o autónomo na gestão do seu tratamento.

A implementação de intervenções como o seguimento em consulta de enfermagem e o *follow-up* telefónico são uma chave importante na monitorização, avaliação e promoção da adesão ao tratamento.

As empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários são um parceiro importante, não só na instalação adequada e segura do equipamento, mas também no reforço do ensino, representando um elo importante entre a equipa multidisciplinar e o doente.

Deverá ser efetuada educação e ensino ao doente e família/cuidador, sobre os motivos da prescrição e alguns princípios básicos de oxigenoterapia



OXIGENOTERAPIA

RESPIRAR A VIDA É VITAL

Tire o máximo proveito de cada respiração enquanto faz as suas atividades diárias. Encontre a alternativa que lhe devolva autonomia e melhore a sua qualidade de vida.

Para mais informações, consulte o seu médico.

www.vitalaire.pt

**CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS**

800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24H/DIA

 **Air Liquide**
HEALTHCARE



“Quero deixar aquilo que prometemos estruturado e sólido”

Cumpridos três anos de mandato como bastonária da OE, qual o balanço que faz?

Eu faço um balanço muito positivo, porque, praticamente, fizemos tudo aquilo a que nos propusemos. Faltarão cumprir dois ou três pontos do plano de ação, que têm a ver com uma coisa que gostávamos de implementar, o princípio de lealdade.

Faltam cerca de seis meses para que a bastonária da Ordem dos Enfermeiros (OE), **Ana Rita Cavaco**, termine o seu mandato de quatro anos. O caminho foi duro, mas o balanço é positivo. As grandes batalhas da Ordem, afirma, têm sido a falta de contratação – para um Sistema Nacional de Saúde (SNS) “mesmo muito degradado” – e a valorização das competências dos enfermeiros.

É um princípio para que todos os enfermeiros possam trabalhar de uma forma digna, em termos salariais, embora a Ordem não defina valores. Só que tem de ser decidido pelos próprios enfermeiros, eles têm que aceitar que há um determinado valor – digno ou não – na profissão, e abaixo desse valor incumpririam, depois, em algum princípio

trabalhoso. Para nós não passaram três anos, é como se tivessem passado dez. Nunca pensámos – até em termos digitais, tecnológicos – conseguir implementar o que fizemos aqui. Por exemplo, tínhamos um website completamente caduco, com o qual os enfermeiros não conseguiam fazer nada, e, hoje, temos um portal ao serviço dos enfermeiros, em que conseguem fazer quase tudo de forma digital. Um enfermeiro que esteja

em Faro não faz sentido nenhum deslocar-se a Lisboa para tratar de um averbamento na cédula, para pedir uma declaração... Depois, pagavam quase tudo. Era preciso uma declaração em inglês ou francês, pagavam; uma declaração para uma instituição, pagavam; e hoje não. Todas essas declarações são gratuitas, estão traduzidas – não estavam, tinham de as pagar e certificar. Há um conjunto de coisas

que demos aos enfermeiros, e que até a nós próprios surpreendeu por termos conseguido fazer em tão pouco tempo. Foi uma perseverança e uma persistência extraordinária da parte de todos, e dos funcionários também, que responderam muito bem àquilo que foi a mudança do mandato. Não podemos esquecer que são pessoas que estão cá quase desde o início, há 20 anos, e não estavam habituadas a esta forma de estar.

ético ou deontológico. Por isso, têm de ser eles a decidir. Lembro-me deste e confesso que não me recordo de mais nada que tenhamos prometido e não tenhamos cumprido – até antes do prazo, porque são mandatos de quatro anos.

Quais os desafios que destaca?

Sobretudo, a estrutura interna da Ordem e a forma como nos relacionamos com os membros. Esta era para ser, já há muitos anos – não só neste mandato –, verdadeiramente a casa dos enfermeiros, e não era. Era a casa das pessoas que cá estavam. Nós entendemos que não devia ser assim, que tinha de haver uma proximidade, porque a Ordem, ou o dinheiro que ela gere, é de todos nós; e todos os enfermeiros contribuem para aquilo que gostariam de ter no dia a dia: um conjunto de serviços e, até, um conjunto de ações que defendam a dignidade deles. É isso que temos feito.

O que conquistaram excedeu as expetativas da sua equipa?

Excedeu. Foi muito difícil porque tem sido muito



Tenho algumas dúvidas que a rotura que já se deu no SNS seja recuperável sem muito dinheiro e um pulso muito forte para organizar o que se está a passar. (...) Estamos a construir um SNS para pobres, e quando ele foi criado não era esse o objetivo

A emigração e os (poucos) efeitos do *brex*

Quantos enfermeiros estão emigrados?

Temos 18 mil enfermeiros no estrangeiro emigrados e isso significa que as pessoas não são contratadas cá, porque não temos um problema de formação, não formamos em excesso, o problema é que não são contratados. E, como temos falta de condições para trabalhar, optam por ir para o estrangeiro.

Cada vez mais os países do mundo inteiro querem enfermeiros portugueses porque, de facto, têm uma formação de excelência, e lá fora têm a sua formação especializada paga, têm formação em serviço... São bem tratados! Os enfermeiros sentem muito em Portugal que lhes ferem a dignidades, em muita coisa: na gestão diária dos serviços; na forma como são ameaçados, coagidos e obrigados a fazer horas a mais. Isto tudo conta muito para quererem ir embora. Não emigram só os recém-licenciados...

Quais os efeitos do *brex* para os enfermeiros emigrados?

Não se sentem muitos efeitos, até porque muitos deles estão lá há muito tempo. Se o NHS [Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido] dispensasse todos os enfermeiros portugueses, ou outros estrangeiros, teria de fechar muitos serviços. Eles, apesar de tudo, tentam encontrar e enquadrar uma solução para estes enfermeiros que lá estão. E não quer dizer que, se tiverem de sair, voltem para Portugal, já há muitos que estão a trocar a Inglaterra pela Arábia Saudita. É um mercado que, ultimamente, tem contratado muitos enfermeiros.

As queixas dos enfermeiros aumentaram ao longo do mandato?

Quintuplicaram, e às vezes mais. Se nos dirigimos a uma instituição à qual pertencemos e ela não dá resposta, ao fim de um tempo desistimos.

As pessoas sentem que têm uma resposta, e que há alguém que, mesmo podendo não conseguir resolver os problemas todos, pelo menos tenta. Isso fez com que o número de entradas aqui na Ordem, com questões para resolver, aumentasse. Por exemplo, os enfermeiros

pediam à Ordem que fosse verificar algumas condições do exercício profissional, o que não acontecia. Hoje, estamos todas as semanas em vários serviços do País. Faz toda a diferença, eles veem-nos lá, não nos veem só nas redes sociais, no site.

Estamos perto deles e isso obriga-nos, também, a um grande desgaste físico. Tem tido um custo elevado pois hoje estou aqui, mas amanhã estou em outro ponto do País; e, às vezes, no mesmo dia em pontos diferentes. É difícil.



Que casos a preocupam mais?

Eu acho que é difícil eger aqueles que nos preocupam

mais, porque, infelizmente, são muitos.

Segundo os dados da OCDE [Organização

para a Cooperação e Desenvolvimento Económico], estamos num País com um défice de enfermeiros, dos mais baixos dos países da OCDE. Nós temos hoje no SNS, só no SNS, uma média de 4,2 enfermeiros por mil habitantes e no sistema de saúde como um todo – privado, social e SNS – 6,3. E a média dos países da OCDE é 9 – a média, não o todo. Além disso, e agora nesta luta dos enfermeiros e dos sindicatos, a OCDE vem ainda dizer que, além de os números serem muito baixos – em termos do rácio de enfermeiros por mil habitantes –, também os salários são dos mais baixos dos países da OCDE. Não só somos poucos, como ainda somos dos que ganham pior.

Durante o seu mandato, conseguiram uma maior valorização da profissão?

Sem dúvida. Nunca mais nenhum Governo ou o País olhará para os enfermeiros da mesma forma que olhava há uns anos.

De facto, os enfermeiros, ao longo de 20 anos – e isso tem muito a ver com a estrutura representativa deles também – sujeitaram-se a quase tudo, e é por isso que as condições de trabalho se foram degradando muito. Não foi só no período da Troika, isto é uma desconstrução que tem 20 anos, não é de agora, não é deste Governo, não é do período da Troika.

Os enfermeiros foram perdendo, cada vez mais, condições para trabalhar, quer em número, quer em condições efetivas, porque

o SNS está mesmo muito degradado.

Como descreve a dimensão da rotura existente no SNS?

Para dizer a verdade, tenho algumas dúvidas de que a rotura que já se deu no SNS seja recuperável sem muito dinheiro e um pulso muito forte para organizar o que se está a passar.

Primeiro, tem de haver quem mande no SNS, e não é cada um dos conselhos de administração fazer o que lhes apetece; têm de existir diretrizes muito claras, não é que o ministro tenha de ser um capataz, mas tem de dar orientações para os serviços de saúde; e o Estado tem de ser regulador e fiscalizador daquilo que é seu.

Não podem continuar a existir determinadas

Porque 44 anos de democracia é pouco tempo. Em termos sociais, estamos muito pouco amadurecidos naquilo que é a liberdade, no que as pessoas têm, ou não, direito de dizer ou fazer.





situações, que se passam no SNS, sem que nada aconteça. Se as pessoas estão lá têm que cumprir o seu papel, o seu horário, produzir...

Isto sem prejuízo do problema das urgências, que é grave, e tem a ver com o facto de os cuidados de saúde primários não serem a porta de entrada do SNS: a urgência do hospital é que funciona como tal. Acontece também por uma questão de mentalidade, porque uma pessoa tem um problema e vai à urgência do hospital. E não critico quem o faz, pois vai porque já teve três ou quatro tentativas nos centros de saúde que não deram em nada; ou porque está a trabalhar e quando pode o centro de saúde está fechado; além de que, ao fim de semana, o hospital é o único sítio onde pode ir. Tudo isto condiciona as pessoas a achar que a porta de entrada no sistema é a urgência do hospital. Muitas vezes, até tentam ir ao centro de saúde, mas, depois, não têm exames complementares de diagnóstico e acaba por ser o próprio centro a

Fechámos o ano [2018] com o Estado a dever mais de um milhão de horas aos enfermeiros, que eles fizeram a mais. Se não for assim, não há enfermeiros para manter os serviços abertos

encaminhar para o hospital. Isto tem de se resolver.

Quando falamos com pessoas mais velhas, que assistiram àquilo que eram os cuidados subprimários há 20 ou 30 anos, dizem-nos que, nessa altura, tinham ginecologista e dentista no centro de saúde, que podiam fazer lá pequenas cirurgias. E é verdade.

Quando, em 1998, comecei a trabalhar no Centro de Saúde da Senhora da Hora, [em Matosinhos], tínhamos pequenas cirurgias. Todos os quistos pequenos e lipomas

eram retirados ali, num ou dois dias específicos por semana ia lá um cirurgião. Hoje em dia, são muito poucos os que funcionam assim. Há médicos de família – que são uma mais-valia –; enfermeiros, que se querem também de família – é para isso que estamos a caminhar –; mas falta uma série de coisas, em termos de acessibilidade e equidade, ao longo do País. A própria Dr.^a Teodora Cardoso [presidente do Conselho de Finanças

A falta de contratação e de valorização das competências

Aquando da passagem de cerca de 12 mil enfermeiros com Contrato Individual de Trabalho (CIT) para as 35 horas de trabalho, estavam em falta 30 mil profissionais e, com essa medida, seriam precisos mais 1700. Agora, quantos enfermeiros faltam para suprir as necessidades cumprindo as horas laborais?

Na altura, o ministro [da Saúde] Adalberto Campos contratou apenas 1100/1200, e, em outubro, seria o outro período de contratação. Entretanto, houve uma mudança de ministro e já não houve contratação, embora tivesse sido garantida na Comissão de Saúde.

Há esta obsessão pelo défice zero, e há cativações na Saúde – o ministro das Finanças pode dizer o que quiser, porque nós conhecemos os serviços e todos eles na área da Saúde têm cativações, infelizmente, sobretudo o INEM. São cativação indiretas, mas existem.

Nós não queremos aceitar este défice zero porque não pode ser conseguido à custa do sacrifício dos enfermeiros e do resto dos portugueses, do SNS. Os enfermeiros continuam todos os dias a fazer horas a mais e, em 2018, fechámos o ano com o Estado a dever mais de um milhão de horas aos enfermeiros. De outra forma, não há enfermeiros para manter os serviços abertos. Não cumprem 35 horas de trabalho, mas 60 ou 70 todas as semanas.

Pode dizer-se, então, que as grandes batalhas da Ordem têm sido o desinvestimento e a falta de contratação de enfermeiros para o SNS?

A falta de contratação, porque isso interfere diretamente no exercício

profissional e naquilo que temos de fazer em termos de competências; e também a questão da valorização das competências dos enfermeiros. Tínhamos seis áreas de especialidade e criámos mais seis. No entanto, é preciso dizer que estas especialidades são pagas pelos enfermeiros, não têm nenhum internato que têm os médicos, que foi o que propusemos ao Governo – uma pbv roposta estruturada de um internato para enfermeiros, que também foi aprovada para os farmacêuticos. Os enfermeiros não são menos do que ninguém!

Mais: a Ordem fez um estudo com a Universidade do Porto que entregou ao Governo, a todos os grupos parlamentares e agentes políticos, e que diz, precisamente, que os enfermeiros especialistas e os cuidados especializados reduzem a taxa de mortalidade, o número de dias de internamento e a taxa de infeções. Apresentámos o estudo com impacto financeiro a cinco e a dez anos nos cuidados subprimários e nos hospitalares.

Os enfermeiros não são despesa, na verdade são lucro. Investir nos enfermeiros é lucro para o País e para o SNS, ou para um privado ou para um social.

Ultimamente, tem-se falado muito a nível internacional do *patient safety*, e é impossível falar da segurança do doente sem falar de enfermeiros e de dotações.

O que pode dizer sobre a revisão da Norma de Dotações Seguras?

A Ordem tem um Norma de Dotações Seguras, o chamado número mínimo de enfermeiros que tem de existir em cada tipologia de serviço, o que não

tem só a ver com o número de camas.

Essa norma, criada no mandato anterior, está agora em consulta pública, estamos a revê-la para incluir as áreas de especialidade. Essas dotações, hoje, a nível internacional, quando se fala em *patient safety*, dizem, de forma clara, que por cada doente a mais que um enfermeiro tem a seu cargo faz com que a taxa de mortalidade num hospital suba sete por cento.

O tempo de vida, em 30 dias, num doente com AVC, por falta de enfermeiros diminui – as pessoas morrem mais num pós-AVC por falta de enfermeiros ou nos 30 dias subsequentes. Quem diz num AVC, diz num enfarte, ou numa outra qualquer doença aguda desta natureza.

Além do regime de internato que abordou, a Ordem também defendeu um mestrado integrado em Enfermagem...

No fundo tem a ver com isto [Norma de Dotações Seguras]. O que tínhamos de separar, definitivamente, é o que é um título académico daquilo que é um profissional. O título académico é dado pela academia, e o profissional é o reconhecido pela Ordem, não quer dizer que as duas coisas não possam coexistir. E foi isso que nós fizemos...

Há um percurso que é paralelo, mas é o enfermeiro que escolhe se quer ser meramente especialista ou especialista e ter o grau de mestre.

A forma como a Ordem atribuía o título no passado não valorizava a experiência profissional, só valorizava a academia. Isso não pode acontecer: tinha um enfermeiro que ia fazer um

mestrado e obtinha também o título de especialista, mas, ao longo desse processo, não contava a experiência que ele tinha adquirido. É diferente ter um enfermeiro com experiência de 20 anos em cuidados intensivos do que ter um com dois anos. Isso tem de ser contabilizado de alguma forma.

Foi nesse sentido que alterámos a atribuição do título de enfermeiro especialista e criámos também um regime de competências acrescidas – não existia – só para enfermeiros de cuidados gerais ou só para enfermeiros especialistas. E gostávamos que essas competências acrescidas ficassem valorizadas nessa nova carreira.

Não é o mestrado integrado que nos preocupa, porque essa questão está resolvida, na verdade. A nossa grande questão é que o ensino de

Enfermagem não é integrado no ensino universitário e ele tem de coexistir nos dois.

Quando foi integrado no Ensino Superior, em 88/89, era, e é, politécnico não integrado, mas todos os nossos parceiros de investigação – médicos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos – estão no universitário. É uma questão de liberdade do percurso dos alunos o nosso ensino coexistir no universitário e no politécnico, porque tem condições para assim ser. Essa foi a proposta que apresentámos ao senhor ministro do Ensino Superior, e que achamos que não avança devido à mentalidade das pessoas e à forma como a sociedade olhava os enfermeiros, como se fossem menos licenciados que os outros.

Se olhar para cada uma das profissões da função pública que são ensino superior nenhuma está nas condições em que os enfermeiros estão, sobretudo a nível salarial. Eu não estou a dizer que no privado não existam licenciados de outras profissões a ganhar outros salários, estou a falar da carreira da função pública. Embora a Ordem também tenha dito sempre aos sindicatos, por escrito, que não pode defender um determinado valor de entrada na profissão para o SNS e depois assinar ACT [Autoridade para as Condições do Trabalho] de valores completamente inferiores, com os privados ou com as “santas casas”. Isso não é sério. Quando um enfermeiro leva daqui uma cédula não há uma distinção: se vai para o privado, social ou SNS, são todos iguais com os mesmos direitos e deveres.

Investir nos enfermeiros é lucro para o País e para o SNS, ou para um privado ou para um social

Públicas] diz que o SNS está subfinanciado há anos e anos. Não chega o dinheiro, há uma grande desorganização, porque ninguém manda e cada um faz aquilo que lhe apetece. Penso que há coisas que não serão recuperáveis. Estamos a construir um SNS para pobres e, quando ele foi criado, não era esse o objetivo. Se chegarmos ao ponto de ter de pôr os beneficiários da

ADSE dentro de um serviço que já está esgotado, então aí é que ele colapsa de vez.

Há sempre uma tendência de quem está no Governo de dizer que os funcionários públicos são uns privilegiados porque têm ADSE. Não! Cada um de nós paga a sua e, hoje em dia, já é mais cara do que um seguro de saúde.

Eu acho que tem de se pensar muito bem, porque todas as decisões que se tomam na área da Saúde – mesmo fora do SNS – têm implicações no SNS.

Sentiu-se perseguida devido às suas intervenções?

Muitas vezes! Francamente, é uma coisa que tem muito a ver com a cultura do País, porque 44 anos de democracia é pouco tempo. Em termos sociais, estamos muito pouco amadurecidos naquilo que é a liberdade, no



Temos algumas coisas para estruturar, como o balcão único, as novas competências que têm de sair, e a nova Norma das Dotações Seguras

que as pessoas têm, ou não, direito de dizer ou fazer. Há uma cultura ainda do “matem o mensageiro”, aquele que fala é para abater. Depois, lembro-me daquela frase de Jorge Coelho [ex-ministro e ex-

dirigente socialista], “quem se mete com o PS leva”, mas, enfim, isso não vai mudar o que tenho para fazer.

“Ninguém está Sozinho” foi a máxima da Ordem. Vai continuar

esse trabalho, recandidatando-se?

Não sei! É uma reflexão que tenho de fazer... Ainda não chegámos ao fim do mandato, faltam seis meses. Temos algumas coisas para estruturar, como o balcão único, as novas competências que têm de sair, e a nova Norma das Dotações Seguras. Quero deixar aquilo que prometemos estruturado e sólido. Se me vou recandidatar, ou não, também depende das pessoas que vieram comigo; não é um mandato de uma pessoa só, é uma equipa. E eu não poderia ter feito aquilo que fiz sem ela. Tem de haver uma vontade coletiva, e isso depende muito das nossas condições pessoais, se estamos dispostos a ser perseguidos durante mais quatro anos.

Infeções respiratórias e superbactérias

O Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC) estima que, anualmente, cerca de 3,7 milhões de pessoas adquiram uma infeção associada aos cuidados de saúde quando recorrem às unidades hospitalares. Dados recentes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2018) referem que uma única infeção causada por bactérias resistentes aos antimicrobianos possam custar cerca de 8.500 a 34.000€ adicionais aos custos de uma infeção não resistente, devido aos dias adicionais de internamento hospitalar e custos adicionais de tratamento. Estas infeções adquiridas no contexto da prestação de cuidados de saúde hospitalares encontram-se também associadas a elevadas taxas de mortalidade. Pelo menos 20% das infeções associadas à saúde são consideradas evitáveis através da implementação de rigorosos programas de prevenção e controlo da infeção, tal como as medidas definidas nas recomendações do conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01).

A nível hospitalar, os principais componentes de estratégias efetivas de prevenção e controlo de infeções incluem: a criação de uma equipe local de controlo de infeção; formação de pessoal; implementação de boas práticas baseadas na evi-

dência; monitorização da infeção; e manutenção rigorosa da higiene ambiental. A nível da comunidade, existe já evidência de uma menor resistência e virulência das bactérias multiresistentes, pelo qual as medidas deverão ser centradas na prevenção da infeção, em especial etiqueta respiratória e a lavagem das mãos.

As infeções respiratórias (nomeadamente a pneumonia) representam já a tipologia mais comum de infeções associadas a cuidados de saúde (representando 26% de todos os casos), seguidas das infeções do trato urinário (19%), infeções do local cirúrgico (18%), infeções da corrente sanguínea (11%) e infeções gastrointestinais (9%).

O risco de adquirir uma infeção hospitalar num hospital da União Europeia (UE) é, em média, de 5,5%, embora este valor apresente significativas variações entre países. Lituânia, Bulgária, Alemanha, Letónia, Países Baixos e Roménia apresentam as percentagens mais baixas da UE (menos de 4%). Em Portugal, a percentagem de doentes hospitalizados com pelo menos uma infeção associada aos cuidados de saúde foi de 9,1%, bastante superior à percentagem prevista de 6,6%, sendo o segundo país com uma percentagem mais elevada da UE, apenas superada pela Grécia (10,0%).

Em Portugal, as pneumonias constituem a principal causa de mortalidade por doença respiratória em Portugal, co-



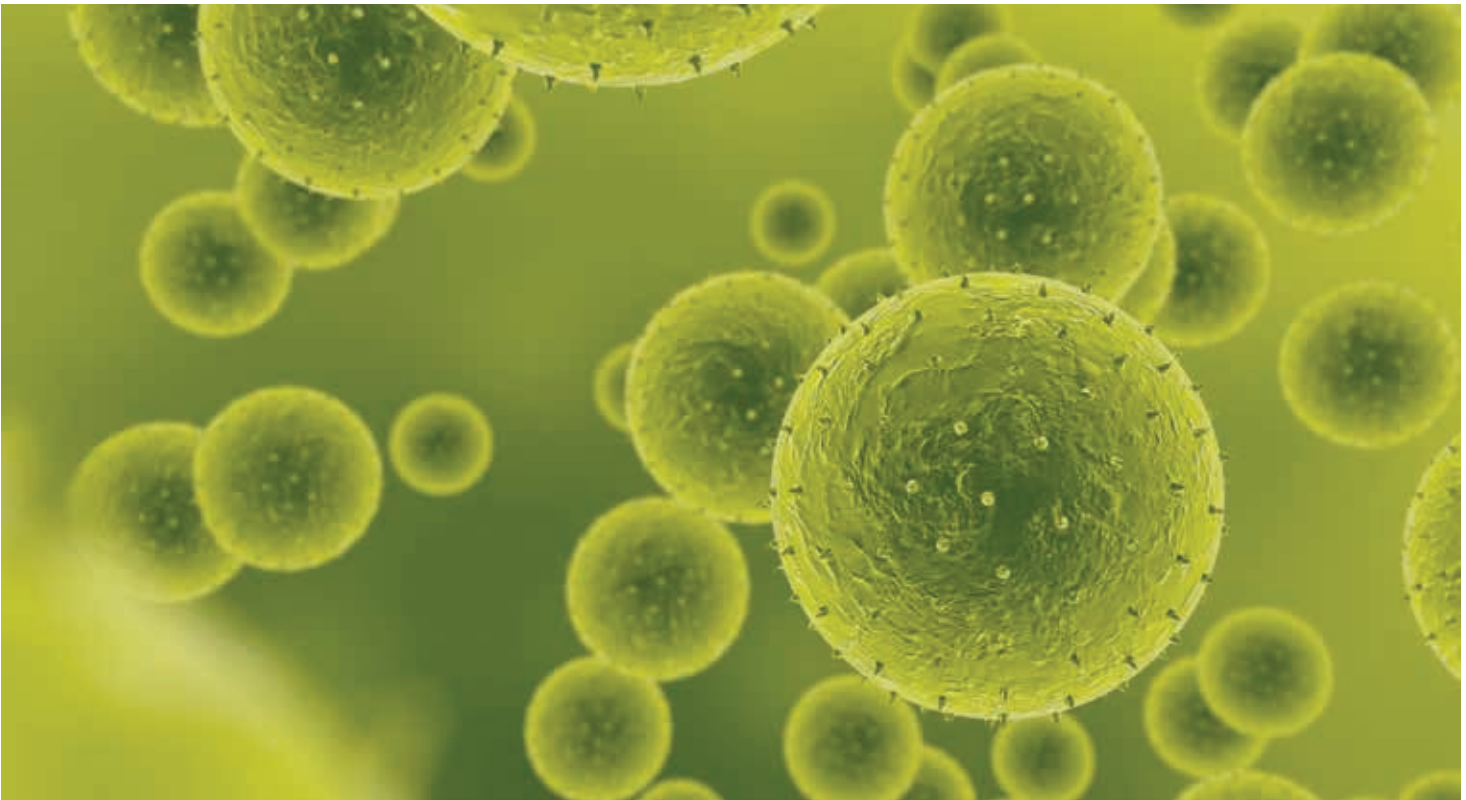
Cátia Caneiras

Divisão Médica, Nippon Gases Healthcare Portugal
 Dep. Microbiologia e Imunologia, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa
 Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Pelo menos 20% das infeções associadas à saúde são consideradas evitáveis através da implementação de rigorosos programas de prevenção e controlo da infeção

locando-nos como o país com a mais elevada taxa de mortalidade por pneumonias nos países da OCDE. Para além de outros fatores justificativos identificados por especialistas, como a codificação, o

acesso a cuidados de saúde, a valorização dos sintomas, os valores encontrados não podem ser dissociado dos elevados valores de resistência aos antibióticos existente em Portugal, dados oficiais divul-



É fundamental melhorar a literacia em saúde da população em geral e das pessoas com doença crónica no que respeita às infeções respiratórias

gados pelas entidades internacionais.

Neste sentido, há uma relação indissociável entre as infeções respiratórias e as superbactérias. Para além das superbactérias serem uma causa frequente de pneumonias severas e difíceis de tratar, poderão também ser causadoras de infeção invasiva. Adicionalmente, infeções por bactérias multiresistentes podem ocorrer como infeções oportunistas em pessoas com doença crónica com o sistema imunitário comprometido em resultado de agudizações infecciosas da doença pulmonar obstrutiva crónica ou gripe.

Como sabemos, o uso inadequado de antibióticos con-

tribui para a emergência de bactérias resistentes a antimicrobianos. É, portanto, fundamental, melhorar a literacia em saúde da população em geral e das pessoas com doença crónica no que respeita às infeções respiratórias, em especial nas temáticas da preven-

ção de infeções, uso adequado e racional dos antibióticos e importância da vacinação. Face a uma infeção respiratória, todos os profissionais de saúde têm um papel primordial no aconselhamento para a pessoa com doença crónica não começar logo um antibió-

tico porque, em muitos casos, ele não é útil e aumenta-se desnecessariamente o risco de efeitos secundários e de resistência a futuros tratamentos. Importa também garantir que os cuidados de saúde ocorrem no local adequado à situação clínica do doente, permitindo o acesso preferencial aos cuidados de saúde primários e a cuidados de saúde no domicílio do doente em articulação com os cuidados hospitalares. Áreas consolidadas como os Cuidados Respiratórios Domiciliários e áreas de aposta recente nacionais como a Reabilitação Respiratória Domiciliária a a Hospitalização Domiciliária são bons exemplos.

Referência bibliográficas

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017. Direção-Geral da Saúde, 2017.

CDC (2018), "Directory of online resources for the prevention and control of antimicrobial resistance (AMR) and healthcare-associated infections (HAI)", <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/directoryonline-resources-prevention-and-control-antimicrobialresistance-amr>.

Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, OJ C 151, 3.7.2009, p. 1–6
European Center for Disease Control and Prevention (ECDC), março de 2019

13.º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2016/2017, Panorama das doenças respiratórias em Portugal – Retrato da Saúde 2018, ONDR, 2018

こんにちは
konnichiwa = olá

Praxair é agora Nippon Gases

uma parte de Taiyo Nippon Sanso Corporation

Porque mudar significa adaptar-se,
melhorar e crescer.

Mas somos os mesmos a seu lado!



O papel da enfermagem na Diabetes

O desenvolvimento tecnológico na área da diabetes tem sido enorme, exigindo aos enfermeiros não só uma atualização permanente de conhecimento, como a capacidade de atribuir competência aos utilizadores.

A colocação de bombas infusoras de insulina, bem como a utilização dos sistemas de monitorização contínua da glicose, têm contribuído não só para uma melhor qualidade de vida do utente, mas também para a diminuição das complicações tardias que a elas estão sujeitas.

O papel da enfermagem no tratamento / acompanhamento da pessoa com diabetes é essencialmente ao nível da educação terapêutica. Adaptando de forma individual e personalizada a informação que lhe é proporcionada, sempre que possível envolvendo a família, tendo em conta os aspetos socioeconómicos e culturais da pessoa com o objetivo principal de a tornar autónoma no tratamento da doença.

Muito se tem feito e mais haverá para fazer na área da otimização terapêutica, pois ainda há muito quem espere pela consulta para alterar as doses de insulina a administrar, sem que isso seja a autonomia desejável para um tratamento que requer tanto dinamismo como a diabetes. O acompanhamento dos enfermeiros às pessoas com diabetes e familiares ao longo do seu ciclo de vida,



Ema Carvalho

Enfermeira, vogal da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

O papel da enfermagem no tratamento / acompanhamento da pessoa com diabetes é essencialmente ao nível da educação terapêutica

a nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, tem uma grande abrangência e transversalidade a várias áreas de especialidade em que o enfermeiro é o elo de ligação nas várias equipas multidisciplinares.

A pessoa com esta patologia estabelece uma relação muito específica com os prestadores de cuidados na diabetes, mas também em outras áreas de especialidade, tendo em conta a relação desta com outras patologias. A pessoa com diabetes, pela sua condição, tem vulnerabilidades. Por essa razão, os cuidados dos profissionais de saúde nos diversos serviços terão que ser adequados e individualizados a cada situação e às necessidades das pessoas nos diversos contextos em que estão inseridas.

Isto requer formação dos enfermeiros em área própria de diferenciação nas escolas superiores de enfermagem com abrangência global. A meu ver, esta é uma medida que urge ser implementada.



ACCU-CHEK® Guide

APENAS UM PODE
SER O MELHOR.*

***Accu-Chek® Guide** preenche os critérios de exatidão **7,5/7,5** com **96,2%**¹

Resultados mais exatos

que vão para além do mínimo exigido pela Norma ISO 15197:2013 no intervalo 15/15.²



Descarregue grátis!



REFERÊNCIAS:

1. Brazg, R. L., Klaff, L. J., & Sussman, A. M. (2016). New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 10(6), 1414–1415/further calculations. **2.** The International Organization for Standardization (ISO). In vitro diagnostic systems – Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing and in managing diabetes mellitus (ISO 15197:2013), 2013 [cited May 2013]; Available from: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:15197:ed-2:v1:en>.

Accu-Chek® Guide é um dispositivo médico para o diagnóstico *in vitro*.

Aconselhamos a ler cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização antes de utilizar o dispositivo médico.

mySugr é um dispositivo médico para suporte à otimização terapêutica na diabetes.

Aconselhamos a ler cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização antes de utilizar o dispositivo médico.

Informação destinada a profissionais de saúde.

Linha de Assistência a Clientes Accu-Chek® | 800 200 265 | Dias úteis das 08h30 às 18h30



Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda.
Estrada Nacional, 249-1, 2720-413 Amadora – Portugal
Tel: +351 21 425 70 00 | Fax: +351 21 417 13 13
www.accu-chek.pt

DC-18 MAR2019

ACCU-CHEK®

O soldado desconhecido

Neste artigo irei abordar o tema da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e explicar um pouco o que fazem os enfermeiros portugueses que formam um exército de soldados desconhecidos nesta luta contra as IACS e, inerentemente, contra a Resistência aos Antimicrobianos. Ultimamente, constato o desconhecimento que de uma maneira geral existe, quer da população mais ou menos informada, quer de profissionais de saúde, relativamente às muitas áreas de atuação dos enfermeiros, sendo as funções na área da Prevenção e Controlo das IACS uma delas.

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), quer na comunidade, pode dar origem a IACS. Este

fenómeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro verifica-se que os mesmos se tornam vulneráveis às múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados (local onde coexistem 3 elementos: o doente, o cuidador e o cuidado de saúde), sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades. Acresce a estes fatores a grande mobilidade de doentes entre diferentes tipologias de unidades de saúde.

As IACS constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma

vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. Desde 2003 que em Portugal a fotografia deste evento adverso tem sido obtida através da implementação de sucessivos Estudos de Prevalência de Infecção e Utilização de Antimicrobianos realizados em hospitais de doentes agudos e, desde 2010, em UCCI e centros/hospitais de reabilitação. Portugal participou, também, nos dois últimos estudos de prevalência de IACS propostos pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), nos anos 2012 e 2017. Em 2012, 10,5% das pessoas internadas nos hospitais portugueses apresentava pelo menos uma IACS, (Europa média de 6,1%); já em 2017 apresentou o valor de 7,8%, (na Europa esse va-

lor foi 5,7%). Também nas UCCI e centros/hospitais de reabilitação foi elaborado em 2013 o estudo *Healthcare-Associated Infection and Antimicrobial Use in Long-Term Care Facilities*, HALT 2 cujos resultados revelaram que 10,4% dos doentes internados apresentavam pelo menos uma IACS enquanto na Europa o valor foi 3,4%. Em 2017, quando foi repetido o estudo, o valor em Portugal desceu para 6,83%. Ultrapassando uma série de marcos importantes na história da Prevenção e Controlo das IACS, que em Portugal foi abordada pela primeira vez em 1930 pela Direção-Geral da Saúde (DGS), passando pela criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção (PNCI) em 2007, salto para novembro de 2013, altura



Elena Noriega

Enfermeira, Administração Regional de Saúde do Algarve, Departamento de Saúde Pública e Planeamento

Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCR-PPCIRA) / Segurança do Doente

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde

em que através do Despacho n.º 15423/2013 foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) ao qual foi dado o estatuto de Programa Prioritário da DGS de Saúde.

Este despacho veio fortalecer a estrutura vertical do PPCIRA: Direção do PPCIRA na DGS, Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA (GCR-PPCIRA) nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) de Portugal Continental e Serviços Regionais de Saúde (SRS) das Regiões Autónomas e os Grupos de Coordenação Local (GCL) do PPCIRA nas Instituições de Saúde, aos três níveis de cuidados. Apesar de já haver orientações anteriores quanto ao número de enfermeiros por camas hospitalares, este despacho veio reforçar este critério - existência de enfermeiros e número de horas a atribuir em todos os níveis de cuidados, incluindo nos GCR/PPCIRA.

De uma forma geral, os enfermeiros de Prevenção e Controlo de Infecção (PCI) têm uma presença mais consolidada nos hospitais pois há muitos anos que as Comissões de Controlo de Infecção nos hospitais eram uma realidade. Na maior parte dos casos, os enfermeiros com estas funções nos hospitais têm anos de experiência e formação específica nesta área, adquirida a seu custo. Nas UCCI e Cuidados de Saúde Primários pelas próprias características, porque se têm priorizado outras áreas e porque há falta de recursos humanos para atividades não assistenciais, denota-se uma maior dificuldade em “fidelizar” enfermeiros a esta causa.

A presença de enfermeiros na estrutura Nacional da Direção do PPCIRA na DGS tem sido também uma constante, embora, na minha opinião,

em número insuficiente para dar resposta a um programa da envergadura do PPCIRA nacional. Igualmente existem assimetrias nos diferentes GCR-PPCIRA relativamente ao tempo atribuído aos enfermeiros de PCI.

Como se pode ver na imagem 1, em Portugal, na avaliação feita às estruturas de Prevenção e Controlo de Infecção, realizada nos hospitais de doentes agudos em 2012, o número médio de enfermeiros de PCI com horário completo foi considerado pelo ECDC como estando entre 0,50 até <0,75. Valor este imediatamente acima do crítico, o que nos leva a pensar que a PCI tem que deixar de ser apenas uma carta de intenções muito bem escrita, para passar a ser colocada em prática, dotada dos recursos imprescindíveis para que possamos almejar vencer os desafios que vão surgindo.



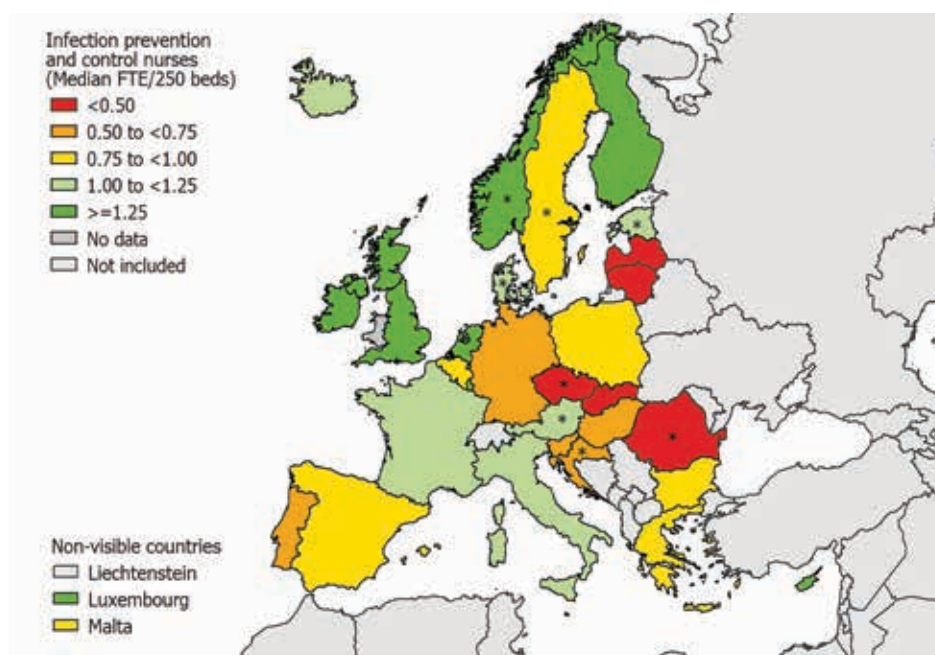
Usualmente não se contratam enfermeiros para fazer PCI. Contratam-se para atividades assistenciais e dão uma “perninha” na PCI, sobretudo em níveis de cuidados não hospitalares. Isto

para não falar do panorama de outros grupos profissionais, como por exemplo os médicos, cuja realidade como mostra o mesmo relatório dos ECDC é bem mais complicado.

PPS of HAI and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012

SURVEILLANCE REPORT

Median number of infection prevention and control nurse full-time equivalents (FTE) per 250 hospital beds (n=866 hospitals), ECDC PPS 2011–2012



*PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia and Romania and very poor in Denmark and Sweden.

Fig. 1 Fonte: ECDC SURVEILLANCE REPORT - PPS of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012



■ Vigilância e investigação de infecções associadas aos cuidados de saúde: promove atividades de vigilância de IACS; colabora na definição do âmbito, metodologias e operacionalização do sistema de vigilância, baseado na população e procedimentos, de acordo com os recursos existentes e de acordo com os objetivos a atingir; efetua a recolha de dados necessária à vigilância epidemiológica de acordo com as fontes de informação disponíveis e procura novas fontes de informação quando necessário; contribui para a investigação; gere um sistema de vigilância (implementação, *follow-up*, avaliação); identifica, investiga e gere surtos.

■ Atividades de prevenção e controlo de infeção: planeia, implementa e avalia intervenções de prevenção e controlo de infeção; contribui para a redução da resistência antimicrobiana; promove a utilização dos dados laboratoriais apropriados; promove uma política de descontaminação e esterilização de dispositivos médicos, nomeadamente, identifica e avalia os riscos de infeção que os dispositivos clínicos representam

Então que competências o enfermeiro de PCI deve ter para desempenhar as suas funções? Se perguntarmos ao cidadão comum ou a um político ou a um comentador quais as funções de um enfermeiro PCI, provavelmente desconhecem-no por completo. Se se perguntar aos profissionais de saúde e até aos próprios pares de profissão o que é que faz o enfermeiro de PCI provavelmente vão de imediato associá-lo à higiene das mãos (talvez uma das facetas mais visíveis) ... E na realidade uma das suas funções é a de implementar estratégias para a melhoria (tão difícil) desta prática que, desde *Ignaz Semmelweis*, provou enlouquecer quem tenta alterar este comportamento! Sem pretender ser exaustiva, passarei a descrever de maneira genérica as competências dos Enfermeiros de PCI nos quatro domínios de atua-

ção que em outros países já são publicamente reconhecidas pelas respetivas Ordens: ■ Gestão do PPCIRA e liderança: colabora ativamente na elaboração, gestão, implementação e acompanhamento do programa de prevenção e controlo de infeção, dos planos de ação e projetos; fornece consultoria, nomeadamente sobre as políticas da organização de saúde, e colabora na contractualização de serviços externos que estejam relacionados com a PCI (construção, renovação, manutenção, limpeza, lavandaria, etc.).

■ Melhoria contínua da qualidade: colabora com a gestão de qualidade, nomeadamente através da colaboração nos programas de acreditação e certificação da organização de saúde, preparando, conduzindo e coordenando auditorias às práticas relacionadas com a PCI nas áreas clínicas

e não clínicas; contribui para a política de gestão de risco; realiza auditorias às práticas profissionais de PCI e avalia o desempenho; elabora e implementa um plano de formação em prevenção e controlo de infeção.

De uma forma geral,
os enfermeiros de
Prevenção e Controlo
de Infeção (PCI)
têm uma presença
mais consolidada
nos hospitais

para os doentes, profissionais, ambiente de prestação de cuidados e comunidade; controla fontes ambientais de infeção, nomeadamente propondo medidas de PCI apropriadas para a segurança ambiental – p. ex: gestão de resíduos, ar, água, roupa e alimentação. Para melhor se entender a

abrangência destas funções, darei apenas um ou dois exemplos do trabalho desenvolvido por estes enfermeiros. Estratégia Multimodal para a Promoção das PBCI - a compilação de dados na aplicação nacional de apoio a este projeto tem demonstrado a imensidão de trabalho de *back*

office, na sua maioria executado por enfermeiros. Ao longo dos anos (desde 2009), os enfermeiros têm observado as práticas de higiene das mãos (prática que, por si só, é uma das mais eficazes na prevenção das IACS) de todos os grupos profissionais de saúde de acordo com

a metodologia da OMS (para a qual têm que ter formação). Se olharmos para a fig. 2, em 2017 foram responsáveis pela observação de cerca de 313.000 oportunidades de higiene das mãos a vários grupos profissionais.



Fig. 2 Fonte: Dados apresentados na Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos de 2018 em Coimbra por Elena Noriega

São as observações destas oportunidades que vão originar o cálculo das taxas de adesão a esta prática pelos vários grupos profissionais como se pode verificar na fig. 3

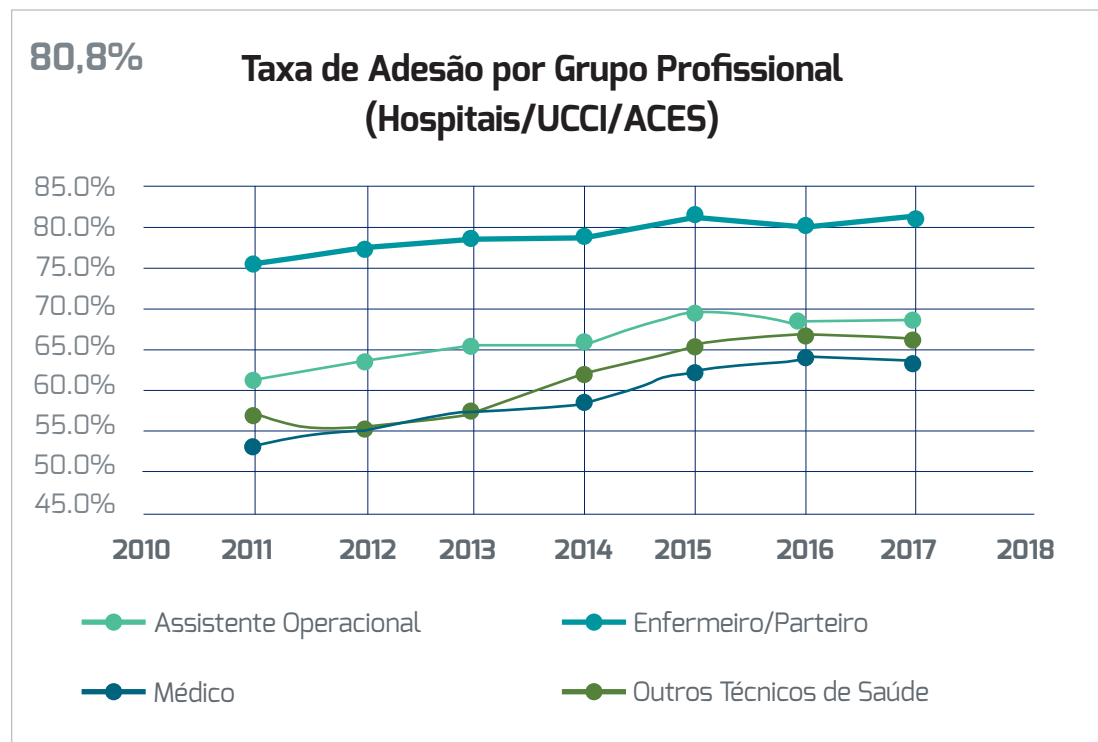


Fig. 3 Fonte: Dados apresentados na Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos de 2018 em Coimbra por Elena Noriega



No entanto, como antes referi, estes enfermeiros das estruturas locais do PPCIRA são também responsáveis pela operacionalização e cooperação na colheita de dados de muitos dos outros programas de Vigilância Epidemiológica existentes no nosso país, como os referidos inquéritos de prevalência de ponto de infeção, a VE de incidência das Infeções da Corrente Sanguínea, a VE da Infeção do Local Cirúrgico e VE dos Microrganismos Epidemiologicamente Significativos.

São igualmente responsáveis pela gestão de isolamentos nas instituições, entre muitas outras funções.

A nível dos GCR-PPICRA, os enfermeiros trabalham em articulação com elementos de outros grupos profissionais mas, mais uma vez, são quem, habitualmente, tem mais horas atribuídas a estas funções para apoiar a implementação e dinamização de

todos os projetos planeados pela Direção do PPCIRA.

Os enfermeiros que integram a Direção do PPCIRA Nacional, na DGS, têm igualmente um manancial de funções alargadas que vão desde a colaboração no planeamento e a dinamização de todas as atividades inseridas no plano de ação do PPCIRA, junto das estruturas regionais e locais do PPCIRA, a gestão de grupos de trabalho para elaboração de normas, a gestão dos programas de VE, bem como a implementação de projetos de cariz internacional aos quais o país vai aderindo.

Não gostaria de terminar este artigo sem reforçar que, na Prevenção e Controlo das IACS e da Resistência aos Antimicrobianos, existem equipas multidisciplinares nos GCL, nos GCR e na Direção do PPCIRA Nacional, sendo, no entanto, difícil, na maior parte das vezes, dedicação a tempo integral ou completo

O papel do enfermeiro tem sido e será sempre fundamental para a operacionalização do PPCIRA, tanto ao nível nacional, como ao nível regional ou local

dos outros grupos profissionais que não os enfermeiros, para estas atividades. E mesmo relativamente a estes últimos o tempo atribuído na maioria das vezes é insuficiente para o adequado desempenho das atividades que lhe são atribuídas.

O papel do enfermeiro tem sido e será sempre fundamen-

tal para a operacionalização do PPCIRA, tanto ao nível nacional, como ao nível regional ou local. Sem o seu trabalho, dificilmente estas estruturas teriam a visibilidade que têm. É um trabalho em equipa, claro, mas no qual o enfermeiro é parte relevante e fundamental e, habitualmente, o *pivot* que faz mover o programa.



A prevenir infeções há mais de 50 anos.

A forma mais eficaz de prevenir infeções cruzadas a nível hospitalar é através da prática constante da desinfeção das mãos.¹

Sterillium®

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

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



Investigação para a prevenção de infeções
bode-science-center.com



www.hartmann.pt

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 TERAPÊUTICAS: Desinfeção higiénica e cirúrgica das mãos. Desinfeção da pele antes de injeções e punções. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Na desinfeção higiénica das mãos: deve aplicar-se, pelo menos, 3 ml de STERILLIUM® nas mãos secas, e esfregá-las durante 30 segundos, sem enxaguar. Na desinfeção cirúrgica das mãos: STERILLIUM® deve ser distribuído sobre as mãos secas e antebraços secos, de modo a cobri-los completamente. Devem ser aplicadas as doses que forem necessárias para mantê-los húmidos durante, pelo menos, 1,5 minutos sem enxaguar. Na desinfeção da pele: STERILLIUM® deve ser friccionado sobre a área de pele seca durante 15 segundos antes de injeções e punções; antes de punções de articulações, cavidades do corpo e órgãos 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 desinfeção de membranas mucosas e não pode ser utilizado na proximidade imediata dos olhos ou de feridas abertas. Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. EFEITOS INDESEJÁVEIS: TOXICIDADE AGUDA: DL50 (rato) oral, após 14 dias 13,0 ml/kg do p.c., DL50 (ratazana) oral, após 14 dias 15,6 ml/kg do p.c., DL50 (coelho) dérmica > 10,0 ml/kg do p.c.. TOXICIDADE POR DOSE REPETIDA: um estudo cutâneo de 28 dias em coelhos com 1,0 e 5,0 ml de STERILLIUM® por kg de peso corporal não revelou quaisquer efeitos atribuíveis à substância no peso corporal, aparência clínica, peso dos órgãos e histopatologia do fígado e rins. Os níveis sanguíneos de n-propanol, isopropanol e acetona não aumentaram. TOXICIDADE REPRODUTIVA: Com

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

MS Nurse Professional: formação *online* para quem acompanha pacientes com Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla é cada vez mais uma doença crónica e complexa, na qual um acompanhamento próximo, efetuado por profissionais de saúde qualificados, é fundamental para que o doente tenha uma vida plena e com qualidade. Os enfermeiros das consultas de Neurologia ou dos hospitais de dia são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os doentes e, muitas vezes, aqueles em quem os pacientes mais confiam. Esta relação terapêutica contínua e o crescente envolvimento do enfermeiro na gestão da doença, assumindo um papel de destaque na equipa multidisciplinar que acompanha o doente, justificam uma atenção maior à sua formação e atualização.

A Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) está a trazer para Portugal o MS Nurse Professional - programa de formação e-learning europeu para os enfermeiros que iniciam a sua carreira na área da Esclerose Múltipla.

O objetivo deste programa é apoiar o enfermeiro e uniformizar as boas práticas de cuidados de enfermagem em toda a Europa. Os conteúdos introduzidos no plano formativo conferem ao enfermeiro uma especialização na área da Esclerose Múltipla, reconhecida e acreditada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e pelo Royal College of Nursing (RCN).

Este programa é promovido pela Plataforma Europeia de Esclerose Múltipla (EMSP),

A Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) está a trazer para Portugal o MS Nurse Professional - programa de formação e-learning europeu para os enfermeiros que iniciam a sua carreira na área da Esclerose Múltipla



em colaboração com a Organização Internacional de Enfermeiros da Esclerose Múltipla (IOMSN) e Reabilitação em MS (RIMS), que juntos constituem um grupo de trabalho para a capacitação de enfermeiros em Esclerose Múltipla (MS-NEED).

O MS Nurse Professional é uma formação integrada e interativa, que abrange seis áreas de estudo relacionadas com os cuidados de enferma-

gem na EM: diagnóstico, avaliação, tratamento, cuidados de apoio e reabilitação. Os conteúdos foram desenvolvidos e certificados pelos maiores especialistas da área a nível europeu.

Cada módulo é composto de uma série de subtópicos com texto totalmente referenciado e recursos adicionais detalhados. A plataforma é intuitiva, interativa e enriquecida com ilustrações, gráficos e vídeos

A plataforma é intuitiva, interativa e enriquecida com ilustrações, gráficos e vídeos para auxiliar a aprendizagem do formando



para auxiliar a aprendizagem do formando. Os módulos são complementados com elementos adicionais que trazem a informação à vida, aplicando-a situações clínicas concretas. Os utilizadores da plataforma têm também à sua disposição um glossário dos termos mais comumente usados na EM e uma lista de recursos para um estudo mais aprofundado da patologia. O formando pode copiar, salvar e imprimir qualquer recurso dos módulos e criar o seu próprio arquivo.

No final de cada módulo, o formando deverá fazer um teste online para o qual precisará de obter uma nota de aprovação mínima de 75% para ter direito ao certificado de crédito. Após a conclusão bem-sucedida de todos os seis módulos, o formando receberá uma declaração de crédito que poderá guardar ou imprimir.

O MSNursePRO, que este ano estará disponível em português por iniciativa da SPEM, já foi implementado, comprovado e reconhecido em múltiplos países, dentro e fora da Europa. Com quase 5 000 enfermeiros registados e cerca de 1 500 acreditados, a for-

mação tem recolhido opiniões positivas de profissionais de toda a Europa.

Sandra Carvalho, enfermeira portuguesa e formanda do MS Nurse Pro, confirma: “O programa deu-me uma melhor compreensão da EM, o que me permitirá cuidar melhor dos meus pacientes. A formação deu-me uma maior confiança para responder aos pacientes as suas dúvidas ao invés de encaminhá-los para outros colegas.”

Segundo Vicki Matthews, membro do comité de orientação profissional do MS Nurse Pro e do comité europeu de Reabilitação em EM (RIMS), os “enfermeiros especializados oferecem cuidados e suporte de alta qualidade incomparáveis para pessoas com Esclerose Múltipla e suas famílias. O MS Nurse PROfessional é um passo vital para a unificação e reconhecimento do papel do enfermeiro de EM na Europa e já vimos o impacto positivo que está a ter nos pacientes e nas famílias.”

Saiba mais sobre o curso aqui: <https://www.msnursepro/> ou contacte a Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

O papel dos enfermeiros no cuidar na Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica

A Fibromialgia (FM) é uma doença crónica reumática, sendo caracterizada por dor músculo-esquelética generalizada, por um cansaço extremo, com perturbações de sono, perturbações cognitivas, entre outros sintomas. Afeta homens, mulheres e crianças de todas as idades, etnias, estatutos, em que 80% a 90% são mulheres entre os 20 e os 50 anos. As causas são desconhecidas, mas parecem estar relacionadas com a desregulação de determinadas substâncias do sistema nervoso central. O stress, as patologias imunológicas e endocrinológicas, os traumas físicos (ex. acidente de viação) ou traumas psicológicos (ex. falecimento, divórcio) e as infeções virais podem contribuir para o desenvolvimento ou manutenção desta condição de saúde.

A Síndrome de Fadiga Crónica (SFC) também designada por Encefalomielite Miálgica (EM) ou Síndrome de Fadiga Pós-viral é responsável por apenas 3% dos casos de fadiga persistente e pode afetar 7 a 300 casos por cada 100.000 adultos, a nível global. Afeta, cerca de três vezes, mais mulheres do que homens, atinge pessoas de todas as etnias, grupos socioeconómicos e de todas as idades (predominantemente entre os 25 e os 45 anos podendo no entanto, afetar também crianças ou pessoas de mais idade). As causas da são desconhecidas

e não existe nenhum teste de diagnóstico preciso.

Viver com FM e/ou SFC é um desafio diário, pois doentes sentem a incompreensão quer na consulta médica (dado a dificuldade de diagnóstico e o reconhecimento da doença como crónica, real e não do foro psicológico) quer no âmbito das suas relações humanas, levando ao isolamento, a perturbações emocionais e de igual modo, a frustração relacionada com o efeito não imediato dos tratamentos, que pode levar ao abandono dos mesmos, ao sedentarismo e conseqüente agravamento de sintomas e a culpabilização por não poder fazer o que fazia antes, por não conseguir cumprir tarefas das mais simples às mais complexas.

A pessoa com FM e ou SFC precisa de se responsabilizar pela sua saúde, cumprindo os planos terapêuticos, conversando com as pessoas que o rodeiam, transformando-se num veículo de informação, sensibilização e consciencialização, contribuindo, desse modo, para a diminuição dos estereótipos e do preconceito social associados à doença.

Tendo em conta estes aspetos sobre ambas as doenças, os enfermeiros podem assumir um papel crucial ao ajudar os doentes, com o desenvolvimento de estratégias que permitam gerir os mais diversificados sintomas, tal como desenvolvendo planos de cuidados individualizados e personalizados, permitindo assim a



Ricardo Fonseca

Enfermeiro, Assessor da direção da Myos - Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica

promoção da qualidade dos doentes. Ao mesmo tempo através da relação terapêutica poderão ajudar os doentes a sentirem-se mais compreen-

didados, contribuindo para uma consciencialização e responsabilização pelos cuidados diários inerentes à convivência com uma doença crónica.

Os enfermeiros podem assumir um papel crucial ao ajudar os doentes, com o desenvolvimento de estratégias que permitam gerir os mais diversificados sintomas, tal como desenvolvendo planos de cuidados individualizados e personalizados, permitindo assim a promoção da qualidade dos doentes

Linhas que marcam



As estrias surgem na superfície da pele e resultam da degeneração das fibras elásticas que sustentam a sua camada intermédia, formada por colagénio e elastina. Podem aparecer na adolescência, devido a um crescimento repentino, são muito comuns na gravidez, e também em casos de aumento rápido de peso. Surgem principalmente nas coxas, nádegas, abdómen, afetando homens e mulheres, e, quando aparecem, dificilmente desaparecem. Nestas situações, uma pele pouco hidratada mais facilmente desenvolve estrias. A

fragmentação das fibras da pele faz com que pequenas linhas encarnadas surjam nas zonas em que o estiramento se deu. Apesar de serem muito difíceis de remover, há a possibilidade de melhorar a sua aparência, tornando-as mais esbranquiçadas, através da utilização de produtos específicos. A melhor solução é, no entanto, prevenir o seu aparecimento. Nas situações em que há uma maior probabilidade do aparecimento de estrias, como no caso da gravidez, deve usar-se um produto específico que melhore a hidratação e elasticidade da pele


As estrias surgem na superfície da pele e resultam da degeneração das fibras elásticas que sustentam a sua camada intermédia, formada por colagénio e elastina

barral[®]
CREME GORDO
Óleo de Amêndoas



1ª
Escolha das
mamãs*

PARA A BARRIGA MAIS BONITA DO MUNDO.



A utilização diária de hidratantes corporais adequados, que estimulem a formação de colagénio e melhorem a flexibilidade da pele é fundamental

em profundidade, prevenindo o aparecimento de estrias.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

- A hidratação do organismo, através do consumo de água e outros líquidos ao longo do dia, é um dos passos essenciais para a prevenção e contenção de estrias. Beber dois litros de água por dia ajudar a manter a pele hidratada e a eliminar toxinas;
- O segundo passo, e provavelmente o mais importante, é a utilização diária de hidratantes corporais adequados, que estimulem a formação de colagénio e melhorem a flexibilidade da pele. Deve aplicar-se diariamente, na barriga, nos seios e nas coxas, um creme gordo que garanta o aumento da resistência e da elasticidade da pele, restituindo a sua capacidade de regeneração e retenção de água;
- Não usar roupa muito justa, pois dificulta a circulação local;
- Fazer exercício físico regular, o simples caminhar ajuda a manter a forma, ao mesmo

tempo que melhora a circulação sanguínea e a oxigenação e nutrição das células da pele.

A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO

Fazer uma alimentação equilibrada também pode ajudar a prevenir as estrias. Os alimentos ricos em vitamina C (abacaxi, banana, batata, brócolos, couve, ervilhas, espinafre, kiwi, laranja, maçã, manga, tomate) estimulam a produção de colagénio. A vitamina A (presente no fígado, cenoura) também dá um importante contributo para prevenir a secura da pele. A vitamina E ajuda o organismo a otimizar a utilização da vitamina A, realça a hidratação da pele e previne os danos causados pelos raios UV. Os óleos vegetais – de amendoim, soja, palma, milho, girassol - e o gérmen de trigo são as principais fontes. Nozes, sementes, grãos inteiros e vegetais de folhas verdes são fontes secundárias. No geral, devem privilegiar-se os frutos e legumes e evitar fritos, excesso de sal e doces.

Reduzir e aliviar os efeitos secundários do tratamento do cancro na pele



O tratamento do cancro evoluiu consideravelmente nos últimos anos: paralelamente à cirurgia, à radioterapia e às quimioterapias “convencionais”, os oncologistas têm agora disponíveis terapêuticas novas e eficazes, que proporcionam uma ação direta na multiplicação das células cancerígenas, na vascularização dos tumores e na imunidade antitumoral. Estas inovações terapêuticas têm um impacto significativo no curso da doença e na qualidade de vida a que os doentes podem aspirar.

No entanto, este avanço em termos de eficácia não consegue ultrapassar um determinado número de efeitos secundários associados ao mecanismo de ação destas

moléculas. Os efeitos secundários podem variar desde um ligeiro desconforto até situações extremamente incapacitantes, podendo até impedir o doente de prosseguir o próprio tratamento do cancro. Muitas vezes, estes efeitos secundários afetam a pele: secura intensa, inflamação e dor nas zonas de contacto, gretas, fissuras e erupções acneiformes estão entre as reações observadas mais frequentemente.

Há soluções para ajudar a aliviar os desagradáveis efeitos secundários ao nível da pele causados pelos medicamentos contra o cancro e, em alguns casos, pela radioterapia. Estes cuidados de proteção fáceis de utilizar têm por base a dermocosmética que cumpre

Há soluções para ajudar a aliviar os desagradáveis efeitos secundários ao nível da pele causados pelos medicamentos contra o cancro e, em alguns casos, pela radioterapia



os mais rigorosos padrões de qualidade. Utilizados em conjunto com as recomendações para o melhor cuidado da pele, tornaram-se um complemento essencial que permite que o doente prossiga o tratamento do cancro, pois alivia o desconforto da pele e preserva a qualidade de vida. Durante o tratamento do cancro, a pele fica particularmente sensível. O paciente deverá certificar-se de que está a utilizar produtos para o cuidado da pele que sejam suaves e adequados, para evitar a exacerbação dos efeitos secundários na pele. Optar por produtos em gel, óleos ou sabonetes dermatológicos sem sabão; a água do banho deverá estar a uma temperatura entre 32°C e 34°C; lavar-se cuidadosamente, certificando-se de que tem as mãos limpas; secar a pele com pequenos toques suaves, especialmente nas áreas sensíveis, para prevenir qualquer reacção.

A *secura cutânea* é um dos efeitos secundários associados ao tratamento do cancro.

A melhor forma de manter o conforto da pele é hidratá-la o mais frequentemente possível. Rosto, contorno dos olhos, lábios e corpo devem ser cuidados diariamente, com os cremes hidratantes e bálsamos adequados a cada zona específica. No que diz respeito aos produtos de lim-

peza convencionais (sabão em forma líquida e sólida) há que lembrar que estes são muitas vezes agressivos e podem secar ainda mais a pele.

A quimioterapia e as terapêuticas dirigidas podem causar efeitos secundários significativos nas mãos e nos pés: vermelhidão (que pode ser

intensa), espessamento da pele, dor em torno das zonas de contacto, gretas, fissuras e *secura*... O desconforto e a dor consequentes podem ser extremamente incapacitantes e, em alguns casos, podem até obrigar o doente a abandonar o tratamento que provoca os efeitos secundários. Nestas situações, existem algumas medidas que podem ser tomadas para minorar o desconforto: evitar andar a pé durante longos períodos de tempo, certificando-se que os sapatos não estão demasiado apertados e usando meias de algodão; utilizar luvas de algodão para realizar as tarefas diárias e luvas de látex para o trabalho doméstico; aplicar produtos emolientes e regeneradores nas zonas mais afetadas; usar ligaduras oclusivas, assim como pensos hidrocoloides, se necessário; e, caso seja necessário, pode consultar-se um quiropodologista ou podologista.

Alguns tratamentos aumentam a sensibilidade da pele à luz solar. Portanto, ficará mais suscetível a queimaduras solares e sensações de ardor. Mesmo uma ligeira exposição ao sol pode originar manchas escuras inestéticas que persistem ao longo do tempo. Assim, é recomendável que se evite, sempre que possível, a exposição da pele ao sol, mesmo à luz solar fraca; o vestuário deve ser sempre de manga comprida, preferir o uso de calças e não esquecer o chapéu e óculos de sol; é fundamental aplicar protetor solar com um fator de proteção solar elevado e que seja resistente à água e à transpiração, hipoalergénico e sem perfume.

Pode concluir-se, assim, que, com os cuidados adequados, é possível reduzir e aliviar os diferentes efeitos secundários associados ao tratamento do cancro cutâneo.

A melhor forma de manter o conforto da pele é hidratá-la o mais frequentemente possível.

Rosto, contorno dos olhos, lábios e corpo devem ser cuidados diariamente, com os cremes hidratantes e bálsamos adequados a cada zona específica



EAU THERMALE

Avène

suavizante por natureza

Reduzir e aliviar
os efeitos secundários
do tratamento do
cancro na pele.

É possível.

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES
Avène
PARIS



Através de um programa de formação, informação e acompanhamento, os Laboratórios Eau Thermale Avène comprometem-se a melhorar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

A verdadeira essência da filosofia da marca na promessa de acalmar a pele sensível.

EAU THERMALE
Avène
SKIN & CANCER



As inovações são ajudantes em enfermagem

A Glintt Inov é uma plataforma de inovação cujo principal objetivo é transformar o ecossistema da Saúde. Como surgiu este programa?

A Glintt já existe há 20 anos, é uma empresa que tem três fatores distintivos: conhece muito bem o setor da Saúde – autores, processos,

A Glintt Inov é uma plataforma de inovação que pretende transformar o ecossistema da Saúde. A empresa apoia e desenvolve ideias embrionárias e projetos inovadores, com aplicabilidade na enfermagem. A administradora executiva, **Filipa Fixe**, considera mesmo que as tecnologias são ajudantes em enfermagem, contribuindo para aproximar o enfermeiro do doente.

regulação e framework legal – por estar no mercado e ter massa crítica; está dentro do ecossistema da Associação Nacional das Farmácias (ANF), ou seja, consegue pilotar e olhar para o que de melhor se faz na tecnologia e como é que se pode aplicar dentro da área; e, por último, tem

colaboradores que vão desde médicos a puros tecnólogos ou programadores, indo das ciências da vida à tecnologia – trata-se de equipas multidisciplinares a trabalhar em conjunto.

Estar no mercado há 20 anos tem-nos permitido ter inovação, mas uma inovação incremental. Hoje em dia, o mundo é totalmente digital/virtual e, cada vez mais, queremos ter tecnologia ao nosso dispor. Somos inundados por um tsunami de tecnologia todos os dias; e se isso está a alterar a forma como nos relacionamos, também vai modificar o paradigma da Saúde e a forma como olhamos para os cuidados do setor.

Pensámos que temos de dar saltos de inovação disruptiva. Daí surge a necessidade de colocar a Glintt Inov ao serviço da inovação, para trabalhar com os nossos

clientes e colaboradores; e criarmos essa inovação disruptiva, que possa entrar no mercado na área da Saúde.

Já há projetos que tenham nascido no âmbito do programa?

Em 2018, já decorreram projetos, que vão, por exemplo, da reconciliação terapêutica – designado por “MedOn” –, que estamos a realizar com o Centro Hospitalar da Cova da Beira, [na Covilhã], à área dos ensaios clínicos, com o “SIGEC”.

Portugal tem um grande potencial para capacitar os seus profissionais de saúde e a indústria a melhorar o número de ensaios clínicos que são feitos; ou seja, temos uma mais-valia e devemos aproveitá-la, utilizando a tecnologia para incrementar o número de ensaios. Do concurso que lançámos o

O profissional que vai vingar não é aquele que ignora a tecnologia, é aquele que decide sobre tecnologia

ano passado para os nossos colaboradores mostrarem as suas ideias, seleccionámos três projetos dentro de um leque mais abrangente. Vão ser implementados em 2019. Estamos a falar de três projetos que ligam diferentes tecnologias. Por exemplo, de uma aplicação para

monitorizar e gerir a doença crónica da melhor forma, utilizando técnicas de gamificação. Todos nós dependemos cada vez mais do telemóvel e das apps, mas a forma de os utilizar na área da Saúde pode passar por termos quase um jogo para, continuamente, melhorarmos





Um dos projetos a implementar é uma app, que permite monitorizar e gerir a doença crónica utilizando técnicas de gamificação. A aplicação vai tornar a interação com o enfermeiro muito direta, visto dedicar-se a doentes crónicos que são seguidos pelo corpo de enfermagem de uma forma contínua

o modo como tomamos conta da saúde e do bem-estar; e na fase da doença, neste caso da crónica, como é que utilizamos a tecnologia para garantir que estamos a promover o autocuidado. Temos outros projetos que envolvem plataformas de IoT [internet das coisas], relacionados com a monitorização de equipamentos e pessoas, garantindo que tiramos o melhor uso de cada um – recursos físicos e humanos – dentro de uma unidade hospitalar.

Quais as características que fizeram os projetos destacarem-se entre as várias candidaturas?

A base é os projetos envolverem tecnologia, mas ela, por si só, não vai modificar o contexto e o processo. Dos projetos de inovação que nos são apresentados, olhamos para os que sejam centrados na pessoa:

melhorem a sua qualidade de vida, no bem-estar e na fase da doença; olhem para o percurso de vida do cidadão; permitam que a informação vá através das pessoas; tenham a tecnologia; e melhorem a utilização dessa mesma tecnologia, transformando processos que hoje se fazem de determinada forma e que, alterando isso, pode-se monitorizar e acompanhar o doente continuamente, independente do ponto onde ele esteja, e dar as informações aos profissionais de saúde.

No final, o que queremos é que se melhorem os cuidados em saúde. Estamos a medir muito na lógica do fazermos X análises, X exames, N cirurgias... Mas queremos passar a traduzir o que eles significaram para o doente no final. “Traduziram melhor qualidade?”. “Fiz uma ou duas cirurgias, mas elas melhoraram o resultado em saúde?”.

Estes projetos têm de, no fim, trazer uma mais-valia, uma forma de medir melhores resultados.

A inovação tem tido um papel essencial nos cuidados de saúde. Pode a Glintt Inov ser uma alavanca para impulsionar a inovação nos hospitais?

Claro! Colocámos a Glintt Inov como uma plataforma em que queremos envolver diferentes círculos: os círculos de campos – que têm a ver com a academia –, pois é cada vez mais importante relacionar a indústria com a academia e ter esta relação mais próxima – o que melhor se faz na academia e os desafios que a/s indústria/empresas têm, e conjugar os dois mundos para garantir melhores resultados no final para ambas –; o círculo

ANF, envolvendo o universo empresarial para colocar desafios; e os clientes, visto que podem trazer-nos desafios, e, aqui, os hospitais são os nossos melhores clientes, desafiando-nos com projetos que acham que fazem sentido no seu contexto e, para nós, é um estímulo em termos de inovação.

Os hospitais podem encontrar na Glintt Inov uma forma de ter apoio e financiamento, de pensar com eles qual a melhor forma de atuar no desafio, e, com isto, envolver os vários players dentro do ecossistema da Saúde.

Já receberam algum feedback?

Os projetos estão a ser feitos com clientes, diretamente com hospitais. Estão a ser pilotados por clientes finais, e, nesse caso, recolhemos de forma imediata o feedback, e ajustamos de forma direta qual a melhor maneira de implementar o projeto, qual a melhor tecnologia e forma de dar usabilidade ao mesmo.

Existem condições, em Portugal, para implementar as inovações tecnológicas que vão surgindo?

Acho que Portugal é sempre uma ótima montra tecnológica: é pequeno, logo o risco de fazer um piloto, em termos económicos, é mais reduzido; e adoramos tecnologia. A maioria das pessoas tem dois smartphones, adoram experimentar nova tecnologia, e são muito aptas para ela.

É um País ótimo para pilotar novas soluções – a área da Saúde também é algo que lhe diz sempre muito, tal como a da Educação. A sua dimensão, adesão e aptidão

tecnológica é sempre uma ótima referência para depois exportar a outras regiões. Para que isto aconteça e para que consigamos ter pilotos com sucesso, tem de se envolver sempre o ecossistema de Saúde como um todo, desde o cidadão ao pagador; caso contrário, está-se sempre a testar, mas nunca se leva isto para uma escala real. Temos de perceber que têm que estar envolvidos os cidadãos, os profissionais de saúde, quem decide as políticas da área, e quem paga. Este último tem de entender que isto traz uma mais-valia, não só a nível de custos, mas que melhora os cuidados e resultados da área. A cadeia tem de ser envolvida como um todo, não olhando só para uma das partes, caso contrário, vai funcionar muito bem apenas para essa fatia. Por exemplo, se olhar para o pagador e ele não estiver envolvido,

difícilmente aquele piloto vai escalar dentro de Portugal ou para outro local.

E para implementar no Sistema Nacional de Saúde (SNS)?

O caso da telemedicina, por exemplo, foi resolvido quando o SNS percebeu que era uma mais-valia ter teleconsultas. O que fez foi emitir em portaria que eram

majoradas em 15 por cento, ou seja, os hospitais recebiam mais quando efetuavam uma teleconsulta em determinadas condições. A partir daí, qualquer gestor hospital passou a considerar, no seu leque de ofertas, a teleconsulta como um ato, começando a ser utilizada dentro dos hospitais. Antes desta portaria não fazia qualquer sentido, porque os

Se continuarmos desta forma, a despesa em Saúde aumenta e não é sustentável, logo temos de garantir que se atua na prevenção e se melhoram os cuidados de saúde





sistema de informação, com isso, aliviava as tarefas de dia a dia do responsável. Se, ao falar para o computador, este assume os sinais vitais e as notas de enfermagem, o profissional não tem de ir a seguir escrever o que esteve a registar na cama do doente. Há elementos que são facilitadores da usabilidade e que a tecnologia pode proporcionar. E já existem, é uma questão de a adaptar, bem como aos processos que já se tem dentro das organizações. Vejo as inovações como ajudantes em enfermagem: dar toda a informação de contexto; deixar aceder aos dados em qualquer momento porque a conectividade e os equipamentos permitem; e melhorar a usabilidade, dando mais tempo de qualidade para o enfermeiro trabalhar com o doente, e não estar preocupado em escrever no computador.

Algum dos projetos é diretamente ligado aos enfermeiros?

A app, que tem uma lógica de gamificação, vai tornar também a interação com o enfermeiro muito direta, porque está-se a falar de doentes crónicos que são, ou deveriam ser, seguidos pelo corpo de enfermagem de uma forma contínua. Só quando há um alerta é que pode ter que ir um enfermeiro ou médico para determinada ação. Este tipo de aplicação pode

médicos e o hospital não eram remunerados por as fazer. Envolver o pagador – seja o Ministério da Saúde ou um seguro privado – é fundamental para que a regulamentação seja alterada e introduzida no dia a dia das unidades, dos profissionais, do cidadão, e de todo o contexto nacional da Saúde.

AO SERVIÇO DOS ENFERMEIROS E DOS UTENTES

De que forma é que as inovações tecnológicas podem contribuir para beneficiar o trabalho diário dos enfermeiros?

Vejo sempre a tecnologia como um meio, e não como

um fim. Sendo um meio, ela permite que eu consiga monitorizar a informação que circula. No passado, tínhamos muita informação centralizada nas unidades e nos profissionais de saúde – eram silos de informação. Atualmente, as tecnologias permitem que seja conteúdo de informação, e que este deva ir com o cidadão. Nesta lógica, se eu tiver um historial do cidadão, na fase saudável e na da doença, qualquer profissional de saúde, incluindo o enfermeiro – a pessoa que tem, tipicamente, maior proximidade com o doente –, vai conseguir perceber aquele doente como um todo. Isto é, não lhe dá apenas a informação

sobre aquele episódio de urgência, de internamento ou ambulatório. Para o enfermeiro torna-se uma mais-valia. Por outro lado, a tecnologia pode permitir uma maior usabilidade. Imagine que um enfermeiro falava para um computador, e este assumia os campos corretos dentro do

A Glintt Inov olha para os projetos que sejam centrados na pessoa

melhorar a proximidade entre o doente e o enfermeiro, e melhorar a qualidade de informação.

E de que forma a tecnologia pode melhorar a qualidade de vida dos utentes/pacientes?

Costumo dar um exemplo... Eu vivi na Dinamarca e lá toda a gente fazia muito exercício ao ar livre, apesar de terem um tempo muito pior que o nosso, enquanto em Lisboa há cinco anos ninguém corria. Hoje em dia, as pessoas cá já se preocupam mais com o seu bem-estar, praticam exercício e gostam de utilizar a tecnologia para partilhar nas redes sociais o que fizeram. E não se sai de casa sem telemóvel. A dependência que temos da tecnologia deve ser utilizada dentro da área da Saúde, na fase em que devemos tomar conta da nossa saúde e bem-estar – qualidade de vida, hábitos de alimentação saudável, exercício físico... Já utilizamos a tecnologia para isso, agora temos de garantir que ela entra para a fase de quando precisamos de cuidados. Essa tecnologia vai permitir uma maior aproximação a um profissional de saúde, porque se o utente souber que está à distância de um clique para falar com ele, sente mais confiança. Claro que não evita que haja consultas físicas. Também permite a equidade. Sabemos que o País é pequeno, mas quem está em Bragança ou no meio do Alentejo tem mais dificuldade em aceder a cuidados de saúde, e a tecnologia é uma forma de melhorar e permitir mais equidade. Se eu puder ter um ponto com telemedicina ou telemonitorização, estou a dar o mesmo acesso a cuidados de saúde.

Para o cidadão, a tecnologia permite monitorizar e fazê-lo perceber qual é forma de melhorar o seu bem-estar e a qualidade de vida na fase em que está saudável. Já na fase da doença, permite acompanhar o utente; dar-lhe mais poder – fazendo-o sentir mais interiorizado no seu tratamento e autocuidado –; e seguir a informação para que

não esteja dispersa – qualquer profissional de saúde acede, tal como o utente, e poupa a perda de exames, etc.. A tecnologia em Saúde é a forma de melhorar a prestação de cuidados de saúde a custos controlados, porque temos um problema efetivo de orçamento a nível europeu. Se continuarmos desta forma, a despesa

em Saúde aumenta e não é sustentável, logo temos de garantir que se atua na prevenção e se melhoram os cuidados de saúde. As pessoas sentem quando há mais transparência e mais acesso à informação, conseguem ver qual é o seu circuito dentro do ecossistema da Saúde, e sentem-se envolvidas.

Um futuro tecnológico

Num futuro próximo, quais são os maiores desafios que se colocam às empresas da área da Saúde?

Eu diria que é arriscar e inovar, porque a tecnologia – se olharmos para os últimos dez anos – tem invadido o dia a dia, e o grau de adoção é muito mais rápido. O desafio que as empresas têm é pensar como a podem adotar, arriscando. Qualquer doente/utente, se tiver uma necessidade e se houver algo que a permita resolver, vai procurar. Independentemente de estar totalmente certificada ou não. As empresas têm de pensar como adotam, de forma rápida, as tecnologias e como é que as colocam no mercado. Para isso, têm de pensar, de forma diferente, se o que estão a fazer pode ser alterado e incorporar mais tecnologia, para serem mais ágeis. Também os colaboradores têm de ser tidos em conta... Eles são uma mais valia: conhecem muito bem o setor onde atuam, estão a par e falam com clientes,

fornecedores e parceiros. Portanto, conseguir ter esta envolvimento, uma escuta ativa e inovação é um grande desafio. Há áreas onde a tecnologia já está muito mais embebida, no entanto, na área da Saúde ainda vemos pilotos a nascer e inovação tecnológica a entrar dentro das unidades. Perceber como é que se cola tudo e se tem uma arquitetura para os hospitais, centros de saúde e cidadãos, é um desafio que as empresas, o Estado e os pagadores têm de gerir para se conseguir, de forma efetiva, mais tecnologia, traduzindo-se em melhores resultados. Esse é o grande desafio. As pessoas querem ser bem tratadas, utilizar a tecnologia e ter este modelo de relacionamento muito mais à distância. Todos pagam para ter uma teleconsulta, se for apenas para mostrarem resultados de exames, não tendo de se deslocar fisicamente até uma unidade. Com isto, não se impede que haja um contacto físico, porque vai sempre haver, mas há muitos temas e atos médicos que já permitem usar a tecnologia para serem feitos à distância. A tecnologia e a recolha de dados devem ser utilizadas para gerar conhecimento, como tomar decisões com

base em informação, que se tenha em tempo real dentro dos sistemas, para olhar para o histórico e melhor definir as políticas em Saúde para a frente.

E depois dos projetos implementados?

Vamos continuar sempre à procura de mais inovação. A tecnologia não vai parar. Existe uma maior capacidade de processamento a surgir todos os dias, uma maior adesão dos utilizadores para usar tecnologias de informação, e o número de penetração de dispositivos por pessoa há de atingir os sete ou oito, até 2020/21. A quantidade de informação que se vai gerar não vai parar a forma como se olha para a Saúde, ou como melhor se pode tratar a informação para que, cada um de nós, tenha um melhor cuidado e mais personalizado. Isto, nunca vai invalidar que haja profissionais de saúde a tomar a decisão no final. O profissional que vai vingar não é aquele que ignora a tecnologia, é aquele que decide sobre tecnologia.

O papel do enfermeiro de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos

As Unidades de Cuidados Intensivos são serviços que se caracterizam pela diversidade de meios tecnológicos e terapêuticos, os quais exigem equipas multidisciplinares especializadas e treinadas na resposta eficaz a doentes com instabilidade hemodinâmica grave e com necessidades de cuidados diferenciados.

Independentemente da patologia de admissão, o quadro clínico geralmente é complexo, onde na maioria das situações é necessário recorrer a ventilação mecânica invasiva e a opções terapêuticas diversas, o que determina uma maior ou total dependência e o potencial risco de complicações.

As principais complicações são inerentes à imobilidade, ao efeito dos sedativos e miorrelaxantes, ao processo neuromiopático característico da doença crítica, ao uso

de uma via aérea artificial e à ventilação com pressão positiva, as quais aumentam o risco de complicações mais graves ao nível do sistema nervoso, do sistema cardiorrespiratório, circulatório, gastrointestinal, músculo esquelético e a nível psíquico. Assim, a reabilitação precoce do doente na Unidade de Cuidados In-

tensivos, tendo em consideração as características dos doentes, a patologia, o grau de consciência, o nível de colaboração e gravidade do quadro clínico, tem impacto na diminuição da dependência da ventilação mecânica, no tempo de desmame ventilatório e nas alterações da imobilidade.

No decorrer do procedimento terapêutico da ventilação mecânica invasiva, uma das complicações mais frequentes é a disfunção dos mecanismos de higiene traqueobrônquica por aumento e alteração das características das secreções, alteração mucociliar e tosse ineficaz. É ainda de destacar a redução da expansibilidade torácica, a alteração da relação ventilação/perfusão (aumento da desproporção ventilação/perfusão e do espaço morto), a lesão mecânica das vias aéreas (pelo contato do tubo endotraqueal e baromé-



Joaquim Simões

Enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente no Hospital CUF Infante Santo

O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na equipa multidisciplinar, no desenvolvimento e implementação de um programa de reabilitação multifacetado e focado na prevenção das complicações associadas à ventilação

tricas pela pressão positiva), o risco da infecção respiratória e o descondicionamento dos músculos respiratórios.

O programa terapêutico para estes doentes, numa primeira fase, passa pelo controlo dos fatores de risco, como a sépsis, a corticoterapia, a glicémia, a sedação e o bloqueio neuromuscular, entre outros. Numa segunda fase, pelo desmame ventilatório precoce e, por último, por um programa de reabilitação neuromuscular/mobilização precoce.

Ao agregar todos os elementos significativos, o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na equipa multidisciplinar, no desenvolvimento e implementação de um programa de reabilitação multifacetado e focado na prevenção das complicações associadas à ventilação.

A implementação de um de programa de reabilitação

durante o processo de ventilação mecânica, tem como objetivos específicos a promoção da sincronia e adaptação da pessoa ao ventilador, o melhoramento da relação

ventilação/perfusão, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a mobilização e eliminação de secreções e o impedimento e correção de posições viciosas e antiálgicas defeituosas. A relação com o doente é outra das funções essenciais do enfermeiro de reabilitação nesta fase, garantindo o acompanhamento da pessoa na adaptação inicial ao ventilador e durante a ventilação mecânica assim como a evolução do quadro clínico. Esta proximidade permite-lhe assessorar na tomada de decisão médica para suspensão da ventilação, desmame e extubação.

A imobilidade prolongada tem repercussões que podem interferir direta ou indiretamente com a ventilação e o processo de desmame ventilatório, sobretudo, a atrofia de desuso dos músculos respiratórios, contraturas artrogénicas e miogénicas, neuropatias compressivas, desmineralização óssea, alterações neurohumorais e imunológicas, úlceras de pressão, trombose venosa profunda e deterioração mental, entre outras.

Por outro lado, a mobilização precoce das pessoas

ventiladas, pelos seus efeitos sistémicos (respiratórios, cardiovasculares, nervosos e musculares), reduz o tempo de ventilação mecânica invasiva, assim como o tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e facilita a recuperação funcional.

O programa de reabilitação neuromuscular deve ser personalizado, dinâmico e com reavaliações periódicas, de forma a adaptar-se continuamente à evolução clínica do doente. O programa, numa primeira fase consiste na correção postural e posicionamentos, mobilização passiva polisegmentar, electroestimulação neuromuscular, e de acordo com a condição da pessoa, evolui para a mobilização ativa/ativa resistida, automobilização no leito, treino de transferências, equilíbrios (sentado e em pé), marcha e outras atividades de vida diárias.

Em suma, os efeitos adversos da imobilidade na pessoa em situação crítica tem frequentemente consequências mais incapacitantes do que a doença, que motivou o internamento, podendo surgir por vezes como verdadeiras “emergências” de reabilitação, implicando a imediata intervenção, por parte do enfermeiro de reabilitação, com o intuito de evitar complicações respiratórias e motoras. Como defende a European Society of Intensive Care Medicine nas suas Guidelines: a presença constante de um profissional especialista em reabilitação por cada doze camas, sete dias por semana, durante todo o ano.

Desta forma, é crucial sensibilizar as equipas e os decisores para a importância do enfermeiro de reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos pelo seu trabalho específico e complementar à restante equipa multidisciplinar.

É crucial sensibilizar as equipas e os decisores para a importância do enfermeiro de reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos pelo seu trabalho específico e complementar à restante equipa multidisciplinar



Cancro do cólon e reto

O cancro do cólon e reto tem apresentado um aumento de casos e sido uma das causas de morte, com maior incidência, nos países mais desenvolvidos. Em Portugal, tem vindo a notar-se um aumento desta patologia. Comparando os países de alta e baixa incidência mostraram grandes diferenças dietéticas relacionadas com o consumo de fibras. O elevado número de cancro do cólon e reto tem sido atribuído entre outros fatores ao número reduzido de fibras na alimentação, assim como a uma dieta rica em gorduras.

Parecem haver razões para aconselhar alterações nos hábitos alimentares. Há grupos de risco para a neoplasia do cólon e reto. Nestes incluem-se as pessoas com antecedentes familiares de cancro colorrectal, colite ulcerosa, adenomas do cólon, etc. e devem ser acompanhados na consulta de risco familiar.

Outra preocupação que o pessoal de saúde deve ter é aconselhar todos os indivíduos com idade superior a 40 anos a fazer colonoscopia para despiste de neoplasia e outras patologias.

Estoma: palavra grega que significa “abertura ou boca”. Esta palavra é muito usada em cirurgia para designar uma abertura feita intencionalmente pelo cirurgião para comunicação de órgãos como a traqueia, esófago, estômago, intestino e bexiga.

Os estomas que vamos citar são os que se deparam habitualmente no nosso serviço de atendimento, os quais são: colostomia, ileostomia e urostomias.

Os avanços científicos e tecnológicos, assim como a expansão e melhoria do serviço de saúde ocorrido nos últimos anos, têm tido como consequências um maior campo de ação dos profissionais desta área.

Daí que a enfermeira realize o seu trabalho como resposta às exigências da sociedade em que vive. A reabilitação da pessoa ostomizada depende do grau de aceitação da nova forma de viver. É muito importante a atuação dos enfermeiros desde o momento em que lhe é proposta uma cirurgia da qual irá resultar uma ostomia.

Tendo em conta a importância deste tema e os problemas que dele podem derivar, é indispensável que o pessoal de enfermagem esteja apto a informar o doente e ajudá-lo no processo de reabilitação e readaptação para a sua total autonomia.

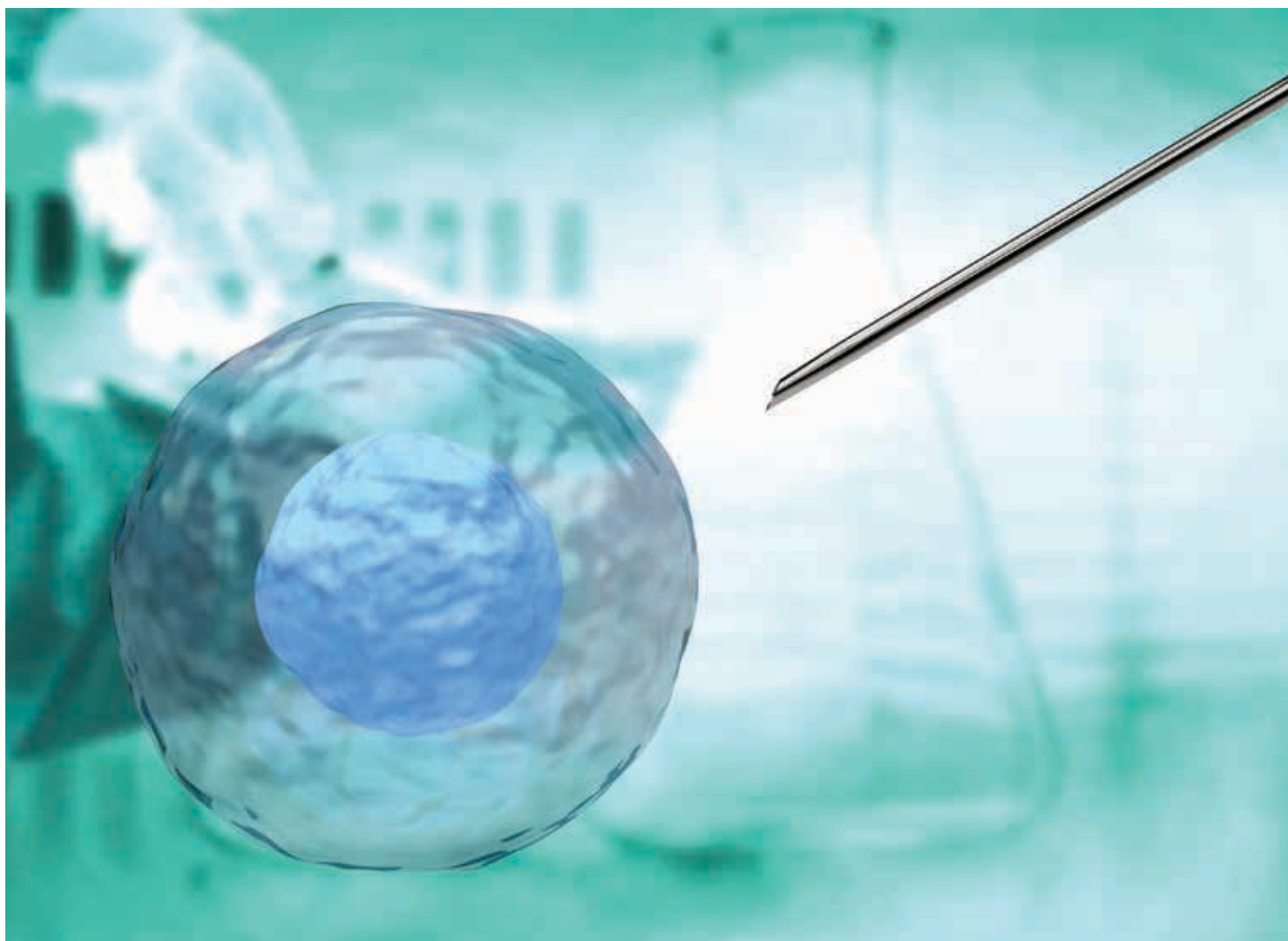
O homem é um ser completo. Ele vive e ama, tem direitos, desejos, deveres, necessidades materiais, psicológicas, sociais, morais e espirituais. Assim temos que considerar a pessoa no seu todo e não só na parte patológica de modo a dar respostas adequadas



Augusta Pinheiro dos Santos

Desempenha funções na Liga Portuguesa Contra o Cancro e Associação Portuguesa de Ostomizados

É indispensável que o pessoal de enfermagem esteja apto a informar o doente e ajudá-lo no processo de reabilitação e readaptação para a sua total autonomia



às suas necessidades. A enfermeira estomaterapeuta é definida como uma pessoa instruída no tratamento e cuidados à pessoa ostomizada e capaz de reconhecer uma série de necessidades psicológicas que podem aparecer após esta cirurgia.

Os cuidados começam quando o especialista dedica o tempo necessário a todos os futuros ostomizados antes da intervenção cirúrgica, dando e recebendo informações, num clima de mútua simpatia e confiança sendo indispensáveis no período pós-operatório. Os familiares mais próximos devem estar presentes durante estas sessões de modo que as suas dúvidas sejam esclarecidas e superados alguns dos seus medos.

A estomaterapeuta vigiará os estomas e instruirá e animará

Os cuidados ao estoma consistem em proporcionar um serviço individualizado com o objetivo principal de reintegrar o indivíduo na sociedade no mesmo lugar que ocupava antes da cirurgia

progressivamente o doente para que consiga cuidar de si próprio. Os cuidados ao estoma consistem em proporcionar um serviço individualizado com o objetivo principal de

reintegrar o indivíduo na sociedade no mesmo lugar que ocupava antes da cirurgia. O ostomizado provem de diferentes classes sociais e culturais. Deve ser tratado de for-

ma individual e integral, como ser biopsicossocial, seria um erro cuidar apenas nos aspectos somáticos, visto serem indivíduos que sofrem não só do ponto de vista biológico como psicossocial.

A ostomia distorce a imagem que a pessoa tem de si própria. Sente-se mutilado, disforme e incompleto.

Há largos anos que o núcleo Regional do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro apoia a consulta de Estomaterapia funcionando terças e quintas das 15-17h, tendo acesso a este atendimento todos os indivíduos portadores de ostomia.

É particularmente importante e gratificante o trabalho que tem sido realizado. O contacto com o “outro” e o poder dar resposta aos seus problemas contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas ostomizadas.



Preparação para o parto

São muitas as mulheres que preferem optar por um parto normal. Porém, o parto normal é muitas vezes sinónimo de dor. De que forma se deve encarar esta questão?

A dor no trabalho de parto é um fenómeno complexo, pois existem muitas dimensões da dor que contribuem para a sua percepção. As dimensões referidas são a biológica, psicológica, afetiva, social e religiosa, sendo que todas

Apesar de haver cada vez mais um maior e mais fácil acesso à informação, ainda são muitas as dúvidas que os futuros pais têm sobre a gravidez, o parto e os cuidados com o recém-nascido. **Vanessa Costa**, enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, considera que é fundamental frequentar um curso de preparação para o parto, que irá permitir a aquisição de ferramentas que vão contribuir para uma vivência mais positiva da parentalidade.

elas ou parte vão contribuir para a experiência dolorosa do parto. Para abordar esta questão é importante também introduzir a noção de sofrimento, porque muitas vezes temos mulheres a que a analgesia retirou a dor física das contrações, mas mantêm um grande sofrimento, contribuindo este facto para uma experiência negativa de trabalho de parto. Na minha opinião, é importante preparar para a dor como um

processo natural inerente à contração do útero, mas o modo como essa dor é percebida é que deve ser diferente, é importante que cada mulher compreenda que sem contrações não existe nascimento e que a dor que irá sentir nunca será tão intensa que não permita à mulher parir. Mas, se a analgesia for uma decisão, considero que não podemos deixar de lado estratégias não farmacológicas, que vão contribuir não só para a diminuição do sofrimento materno, como as massagens, a musicoterapia, a aromaterapia, a hidroterapia, o acompanhamento por alguém significativo; mas também vão contribuir positivamente para todo o processo biológico do trabalho de parto, como a deambulação, os movimentos da bacia, as posições maternas, o ambiente hospitalar, entre outras. Compreender o parto como um processo, capacitar os

casais e acompanhá-los nas suas escolhas é muito importante, para que no futuro haja não só mulheres sem dor, mas sim mulheres/casais com elevados níveis de satisfação no que diz respeito ao nascimento dos seus filhos.

Sabemos que o parto normal é mais saudável para mãe e filho. Estará a palavra relaxamento no cerne de se levar esta tarefa a bom porto?

O relaxamento é muito importante, assim como todas as outras estratégias não farmacológicas que referi anteriormente, mas a verdade é que é necessário primeiro capacitar os casais para o trabalho de parto, pois sem informação e segurança não existe margem para haver relaxamento. A confiança em si e no processo natural de trabalho de parto são dos primeiros e essenciais passos para o relaxamento.



Vanessa Costa

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Compreender o parto como um processo, capacitar os casais e acompanhá-los nas suas escolhas é muito importante, para que no futuro haja não só mulheres sem dor, mas sim mulheres/casais com elevados níveis de satisfação no que diz respeito ao nascimento dos seus filhos

Recorrer a técnicas para aliviar naturalmente a dor é imprescindível?

Na minha opinião sim, são imprescindíveis, pois só esta visão é que pode transmitir às mulheres/casais a confiança necessária para o parto eutócico, considerado o parto normal. A integração de estratégias não farmacológicas no trabalho de parto vai permitir devolver às mulheres a sua participação efetiva em todo o processo, contribuindo deste modo para uma verdadeira experiência positiva e satisfatória das mulheres/casais no nascimento dos seus filhos.

O que é e em que consiste a técnica de Jacobson?

A técnica de Jacobson tem por base o relaxamento muscular progressivo. Foi um médico, Edmund

Jacobson, no início da década de 20, que introduziu este conceito, ligando a ansiedade à tensão muscular. Assim, segundo Jacobson, ao relaxar voluntariamente os músculos do corpo, podemos ter um efetivo relaxamento corporal e reduzir os níveis de ansiedade.

Respiração abdominal e respiração ofegante, em que alturas se devem as mesmas aplicar?

A respiração abdominal é muito importante, pois focar a atenção na inspiração e expiração vai permitir uma conexão com o nosso corpo, contribuindo deste modo para a diminuição da ansiedade e para o relaxamento. A respiração abdominal é uma técnica fundamental e aconselho sempre que seja usada entre as contrações, de modo a que



cada mulher possa conectar-se com o seu corpo, relaxar e ganhar novas energias para as contrações futuras.

A respiração ofegante, na minha opinião, deve ser usada o menos possível, e sem ser incentivada. Pode acontecer no decorrer do trabalho de parto, quando os níveis de ansiedade ou dor estão aumentados, mas o voltar a concentrar numa respiração abdominal, vai favorecer todo o processo de trabalho de parto, pois não só promove o relaxamento, como também aumenta os níveis de oxigénio e diminui a acidose metabólica.

Que técnicas se podem aplicar para ajudar o corpo a manter-se calmo e tranquilo?

As técnicas que podem ajudar

a mulher a manter-se calma e tranquila dependem muito de cada mulher, por isso quem está a acompanhar o trabalho de parto e parto deve conhecer as escolhas individuais de cada grávida/casal. Mas as técnicas de respiração e relaxamento são muito importantes, assim como as massagens, a musicoterapia, a hidroterapia, a aromoterapia, todas as técnicas que contribuem para que a mulher se sinta confiante, segura e acompanhada em todo o processo.

É importante o casal frequentar um curso de preparação para o parto?

Não poderia nunca responder que não é importante, pois considero fundamental nos dias de hoje

a participação de um casal num curso de preparação para o parto. Primeiro, porque existe um excesso de informação disponível, mas nem sempre credível,

existindo nestes cursos informação atualizada que permite a real capacitação da mulher/casal. Depois, considero também que, na nossa sociedade moderna

Considero fundamental nos dias de hoje a participação de um casal num curso de preparação para o parto

e mais cidadina, as pessoas vivem muito isoladas, os cursos de preparação para o parto não só informam, mas principalmente acompanham os casais durante a gravidez, parto e pós-parto, através das dinâmicas de grupo, mas também no apoio efetivo em períodos críticos do pós-parto e da amamentação, promovendo deste modo uma vivência positiva da parentalidade.

Há que desenvolver capacidades que proporcionam aos pais certas habilidades para cuidar do bebé de uma forma mais segura?

Claro que sim... Nos dias de hoje, o nascimento de um bebé já não acontece tão frequentemente no seio de uma família, e muitas vezes o primeiro contacto com um recém-nascido é apenas quando os seus filhos nascem. Assim, para um casal que vai ser pai pela primeira vez, as dúvidas são muitas, mas essencialmente a confiança é muito pouca. É muito importante dar ferramentas, mas também promover a confiança, pois cada família é uma família e as escolhas devem ser de cada um, apenas tendo por base informações credíveis e atualizadas. Deste modo, poderemos ter num futuro pais mais confiantes e informados, e famílias mais felizes.

Qual a altura certa para começar o curso?

Um curso de preparação para o parto deve ser iniciado, preferencialmente, entre as 24 e as 28 semanas de gestação.

Quais as vantagens de um casal frequentar um curso de preparação para o parto?

As vantagens são muitas,



como fui referindo ao longo desta entrevista, muitas não são mensuráveis a curto prazo. Mas também, como costumo dizer aos casais que fazem preparação para o parto comigo, tenho a esperança que no futuro possa ir mudando o modo como se nasce em Portugal e, deste modo, mudar também a sociedade onde nos inserimos, para uma sociedade onde o amor, o respeito e a confiança possam ser devolvidos a cada mulher, a cada família.

E quais são os grandes benefícios práticos dos cursos de preparação para o parto?

Os benefícios práticos de um curso de preparação para o parto são todos os que passam pelo acesso

Fazer um curso de preparação para o parto é a possibilidade de obter ferramentas que vão contribuir para uma vivência mais positiva da parentalidade

a informação científica, credível e adequada a cada mulher/casal grávido sobre a gravidez, trabalho de parto e parto; mas também por ter o acompanhamento e apoio necessário nesta fase da vida. Mulheres/casais capacitados aumentam taxas de partos normais, diminuem taxas de cesarianas, aumentam taxas de amamentação exclusiva, diminuem as depressões pós-parto. Assim, não podemos só ver os benefícios práticos dos cuidados ao recém-nascido ou na amamentação quando falamos num curso de preparação para o parto, para mim são aspectos redutores. Fazer um curso de preparação para o parto é a possibilidade de obter ferramentas que vão contribuir para uma vivência mais positiva da parentalidade.



CUIDADOS PRIMÁRIOS DO RECÉM-NASCIDO

Quais as maiores e mais comuns inseguranças que assolam os futuros pais?

As maiores inseguranças dos futuros pais são as que têm a ver com os cuidados de higiene ao recém-nascido, ou seja, o banho, a mudança da fralda, os cuidados ao coto umbilical; mas também a amamentação.

O que são os cuidados primários?

Os cuidados primários são aqueles que permitem a sobrevivência e desenvolvimento do recém-nascido, a higiene, a alimentação e na minha opinião também o colo e o amor...

São eles imprescindíveis para o bom desenvolvimento do recém-nascido?

Claro que sim, sem eles podemos pôr em risco a sua vida, num caso extremo, mas

Um coordenador de cuidados primários, na minha opinião, deverá ser um profissional de saúde em que os pais confiem e provido de conhecimentos técnico-científicos atualizados

podemos, de certo, pôr em risco o seu desenvolvimento saudável.

De que forma se podem os pais preparar para os fornecer?

Os pais devem começar ainda durante a gravidez a pensar nestas questões. Assim, na minha opinião, a frequência de um curso de preparação para o parto é fundamental.

Da alimentação à higiene, quais as questões com que os pais mais confrontam os enfermeiros?

Na área da alimentação, a amamentação é de certo o que causa mais dúvidas e receios aos pais. Mas, quando esta não é possível, também têm muitas dúvidas na escolha do leite artificial e na sua preparação. Em relação à higiene, o banho e os cuidados ao coto

umbilical são as questões mais frequentes.

Existe, por parte dos pais, a exata noção da importância por exemplo da vacinação?

A maioria dos pais portugueses tem a noção da importância da vacinação. Na minha opinião, a vacinação é algo muito focado pelos profissionais de saúde como um cuidado imprescindível para a saúde. Assim, cabe a cada um de nós não nos esquecermos do que a vacinação nos trouxe e de lembrar às gerações futuras que a erradicação de algumas doenças fatais se deveu à vacinação.

O que é um coordenador de cuidados primários e quando devem os pais escolher o do seu filho?

Um coordenador de cuidados primários, na minha opinião, deverá ser um profissional de saúde em que os pais confiem e provido de conhecimentos técnico-científicos atualizados. Cabe a cada família essa escolha, que na minha opinião deverá ser realizada ainda durante a gravidez.

“Every child deserves a medical home”, ou seja, “Todas as crianças merecem um lar com saúde”. Em que assenta esta ideia?

Essa é uma ideia, mas na minha opinião deve deixar de ser só uma ideia e passar a ser um ideal! A luta de todos nós pelo direito à saúde deve ser uma realidade. Todas as crianças no mundo devem ter equidade no acesso à saúde, se não podemos mudar o mundo podemos fazer pequenos gestos e mudanças que podem mudar a nossa família, o nosso bairro, o nosso país... Começar a mudança em nós é o primeiro passo, para que no futuro todas as crianças possam realmente viver num lar com saúde.



INOVAÇÃO
PREBIÓTICO DERMATOLÓGICO

barral
BabyProtect

PROTEÇÃO E HIDRATAÇÃO DA PELE DESDE O 1º DIA

FÓRMULA EXCLUSIVA



Com ingredientes de origem vegetal

0% Parabenos / glicóis

Testado por Pediatras, Dermatologistas e Oftomologistas

OS PREBIÓTICOS NO CUIDADO DA PELE DO BEBÊ

AUTOR GRAÇA OLIVEIRA

Fique a saber o que são e qual o papel que os Prebióticos desempenham na saúde da pele do bebê.

A PELE É ESSENCIAL À VIDA

É ela que nos envolve e protege desde o nascimento. As principais funções da pele do bebê são a prevenção da desidratação, da absorção de substâncias tóxicas e invasão por microrganismos, a proteção contra o trauma e contra a radiação ultravioleta e a termorregulação. As funções da pele são essenciais para garantir a saúde e a sobrevivência do bebê. É pois fundamental cuidá-la convenientemente desde o primeiro momento.

MICROORGANISMOS ESSENCIAIS NO EQUILÍBRIO DA PELE

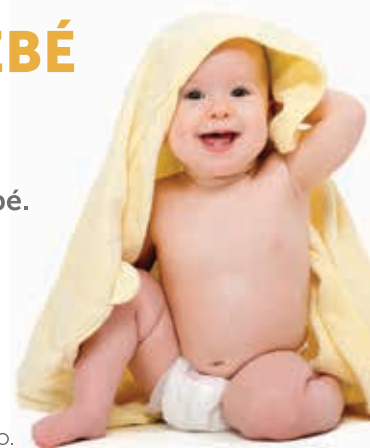
À superfície da pele existe uma comunidade de microrganismos, denominada microbiota, que vive em equilíbrio perfeito connosco. Existem dois tipos de microbiota: a residente e a transitória. A microbiota residente é composta por microrganismos benéficos que impede a pele de ser colonizada por microrganismos agressivos, que provocam infeção. A preservação da microbiota residente é essencial para conseguir a manutenção saudável das funções da pele.

PREBIÓTICOS ESTIMULAM AS DEFESAS NATURAIS DA PELE

Ao alimentarem os microrganismos benéficos, os Prebióticos têm a capacidade de estimular as defesas naturais da pele, impedindo assim o crescimento de bactérias nocivas. Desta forma, educam o sistema imunológico na prevenção da doença cutânea por trauma, infeção ou alergia.

VANTAGENS DO USO DE PREBIÓTICOS NO CUIDADO DIÁRIO DA PELE DO BEBÊ

Quando a pele do bebê perde o seu equilíbrio, as bactérias benéficas deixam de conseguir desenvolver-se e proteger das bactérias nocivas que penetram na pele, originando problemas como irritação, vermelhidão, prurido ou inflamação. Os Prebióticos ajudam no reequilíbrio cutâneo e impedem o crescimento de microrganismos agressivos. Estudos demonstram que a utilização dos Prebióticos em produtos para higiene e cosmética é importante para a manutenção de uma pele saudável do bebê. Ao associar Prebióticos à composição de produtos de higiene, cosmética e tratamento para a pele do bebê, para além de limpar e hidratar, permite a regulação da microbiota. Assim, o equilíbrio biológico da pele é retomado, impedindo a proliferação de microrganismos patogénicos.



VIA VERDE AVC

O enfermeiro como promotor da acessibilidade

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado por um bloqueio ou uma diminuição repentina do fluxo sanguíneo no cérebro impedindo-o de receber o oxigénio e os nutrientes necessários à sobrevivência das suas células. É a principal causa de morte e incapacidade permanente no nosso país, sendo por isso considerado uma emergência médica.

A Via Verde AVC é entendida como uma estratégia organizada e planeada, cujo objetivo é abordar, encaminhar e tratar, o doente com sintomatologia sugestiva de AVC em fase aguda.

Neste âmbito, o enfermeiro desempenha um papel primordial, na promoção da saúde dos clientes, quer através de intervenções educativas no controlo dos fatores de risco (em contexto da comunidade ou hospitalar), quer no reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC (em situa-

ção aguda), ou na reabilitação e capacitação do cliente e família preparando o regresso a casa.

Na maioria das admissões hospitalares, o profissional que primeiro contacta com o doente é o enfermeiro, aquando da triagem. Este detém competências clínicas de enfermagem (instrumentais, interpessoais e sistémicas) que lhe permitem avaliar um conjunto de manifestações comumente conhecidas pelos “3 F’s”: Força, Fala e Face. A deteção precoce de alterações desta sintomatologia é de extrema importância para a ativação da Via Verde AVC, e consequentemente o sucesso do tratamento, pois “tempo é cérebro”. É desejável que se utilize no momento da triagem um reconhecimento ágil da suspeita desta situação, para tal, recomenda-se a utilização da Escala de Cincinnati. É fundamental uma avaliação célere de sinais e sintomas



Gonçalo F. Vieira Vital

Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Atendimento Permanente - Hospital CUF Santarém

A Via Verde AVC é entendida como uma estratégia organizada e planeada, cujo objetivo é abordar, encaminhar e tratar, o doente com sintomatologia sugestiva de AVC em fase aguda

neuroológicos focais, assim como o conhecimento dos critérios de elegibilidade para o tratamento, permitindo desta forma o acesso adequado, quer à fibrinólise, quer à trombectomia. Desta avaliação destacam-se: atendimento imediato do cliente; avaliar ABC; validar a hora de início de sintoma; história médica prévia; exame objetivo geral; exame neurológico (quantificação do défice neurológico através da National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS); e confirmar a presença de critérios de exclusão.

Em suma, o enfermeiro em articulação com a restante equipa multidisciplinar, acompanha e desenvolve intervenções de enfermagem gerais, acrescidas, diferenciadas e avançadas ao cliente com AVC, desde a sua admissão na unidade de saúde, atuação na fase aguda da doença, nos cuidados de reabilitação, até à reintegração na comunidade, garantindo assim o acesso, segurança e qualidade dos cuidados prestados, potenciando ganhos em saúde.

O AVC é uma emergência médica, pois “tempo é cérebro!”

Alimentação, saúde e ambiente. Que relação?

Os dados do último Inquérito Alimentar e de Atividade física, de 2017, revelam-nos que nos estamos a afastar do padrão alimentar mediterrânico, onde menos de 20% da população apresenta adesão elevada ao mesmo; 22,3% da população tem obesidade, onde a maior prevalência se situa em idade sénior; mais de 35% da população refere ser sedentária, de entre jovens a idosos; 10,1% é o número da prevalência de insegurança alimentar, ou seja, 10,1% das famílias portuguesas referem ter passado por um período em que não tiveram condições de fornecer alimentos a todo o agregado familiar, devido à falta de recursos financeiros. Estes são alguns dos dados alarmantes referentes ao retrato da nossa população, que nos permitem traçar estratégias e trabalhar em prol de um futuro melhor. Efetivamente, as doenças crónicas não transmissíveis, como a obesidade, a diabetes, a hipertensão arterial, o cancro, entre outras, têm frequentemente como base hábitos alimentares desequilibrados, que se afastam das recomendações que temos para a nossa população, vertidas na Roda da Alimentação Mediterrânica.

Tendo sido este guia desenvolvido para a população portuguesa e tendo incorporado recentemente recomendações da Dieta Mediterrânica, deverá ser a ferramenta pedagógica de eleição para o ensino à população, de forma



Helena Real

Secretária-Geral da Associação Portuguesa de Nutrição

transversal, desde as crianças aos seniores.

A par da problemática dos desequilíbrios alimentares e do peso que comportam nos sistemas de saúde, temos na ordem do dia a discussão sobre as questões ambientais. Por sua vez, sabe-se que a

alimentação pode ter um impacto bastante significativo na saúde do planeta, já que o pode influenciar negativamente de forma direta e indireta. Neste sentido, os profissionais de saúde têm a responsabilidade acrescida de juntar à equação da saúde o

O nutricionista, em conjunto com a equipa multidisciplinar onde se pode inserir, será um profissional de excelência para os trabalhos no âmbito da promoção da literacia alimentar, aconselhamento e tratamento nutricional

fator ambiente, promovendo uma maior sustentabilidade alimentar. Neste âmbito, podemos eleger a Dieta Mediterrânica como uma solução para as várias frentes. Para além de representar um modelo cultural promotor de saúde e veículo de tradições e valores que se herdaram entre gerações, representa também um modelo de sustentabilidade, na medida em que promove uma produção alimentar sustentável, escolhas alimentares adequadas (alimentos frescos, de proximidade, sazonais, locais e maioritariamente de origem vegetal), um estilo de vida pautado pelo equilíbrio, frugalidade alimentar e valores bem enraizados em prol da comunidade, e o estímulo à convivialidade, sobretudo em redor da mesa, em família ou entre amigos.

O nutricionista, em conjunto com a equipa multidisciplinar onde se pode inserir, será um profissional de excelência para os trabalhos no âmbito da promoção da literacia alimentar, aconselhamento e tratamento nutricional. Será, contudo, importante promover uma sinergia entre os diferentes profissionais, de áreas distintas, de forma a garantir uma uniformização de linguagem e mensagens, em prol de um melhor serviço prestado à população, onde a saúde e o ambiente terão que andar de mãos dadas e modelar as recomendações emanadas de forma a garantir um futuro próspero para as gerações futuras.

As infecções fúngicas nos pés – um problema de saúde pública

Os pés também sofrem com as doenças provocadas por fungos – as chamadas micoses.

Aparecem tipicamente no verão, com o tempo quente, e quando quase todas as partes do corpo oferecem condições de humidade e calor para estes micro-organismos se desenvolverem.

A transpiração e a água associadas ao calor corporal fazem parte do dia a dia e são fatores que reduzem a camada protetora da pele, tornando-a mais frágil e propícia para uma invasão fúngica.

Por ação destes agentes, a pele fica mais macia, facilitando a penetração dos fungos que encontram alimento na queratina, um dos componentes da pele e das unhas.

As micoses podem ser divididas em dois grupos: as superficiais e as profundas, que são mais graves, na medida em que entram na corrente sanguínea e no sistema linfático. Estes casos, embora sejam mais raros, infetam não só a pele e as unhas como também os órgãos internos: pulmões, intestinos, ossos ou sistema nervoso.

As micoses superficiais ocorrem com mais frequência e apresentam-se sob formas menos graves. Cerca de 30% da população mundial vive com estes problemas. A esta estimativa acrescentam-se dados úteis: os adultos demonstram mais sensibilidade no que diz respeito aos fungos, porque com a idade os indivíduos tendem a revelar uma diminuição nas defesas do organismo.

O equilíbrio ecológico da área cutânea correspondente aos pés é, em grande número de situações, bastante precário. Esta



Manuel Azevedo Portela

Professor Adjunto na CESPU

Presidente da Associação Portuguesa de Podologia

situação justifica a grande incidência de infecções fúngicas ao nível do pé.

As particularidades morfológicas dos pés, tais como a existência de múltiplas pregas interdigitais, acrescidas das características oclusivas da maioria do calçado, geram no local um microclima específico, conducente a uma grande vulnerabilidade às infeções e aos agentes físicos e químicos. Os pés apresentam áreas cutâneas submetidas à ação do calor e humidade. Estes dois fatores, para além de constituírem o substrato básico para a colonização e desenvolvimento dos fungos, promovem, localmente, a maceração e fissuração da pele, o que facilita a ação das enzimas proteolíticas dos fungos e, conseqüentemente, a sua penetração na camada córnea da pele.

Para além do aquecimento e o excesso de humidade originados pelo calçado e pelas meias, a mudança de comportamento na sociedade e uma maior afluência a ginásios também pode, de algum modo, beneficiar o aparecimento destas infeções e sua evolução.

É de evitar o contacto direto com superfícies potencialmente contaminadas como balneários e piscinas, assim como, compartilhar vestuário ou calçado com pessoas portadoras de micose. Os ambientes quentes, húmidos e escuros são algumas das condições favoráveis para o desenvolvimento dos fungos, como por exemplo o espaço entre os dedos, que normalmente retêm alguma humidade, associada à falta de respiração originada pelas meias e pelo calçado fechado. A micose interdigital, como a própria designação faz supor,

atinge os espaços entre os dedos dos pés. Os efeitos passam pela descamação e maceração, em que a pele fica esbranquiçada e mole, provoca ainda fissuras e comichão.

Os fungos também não poupam as unhas, verificando-se o descolamento da zona distal da unha, deformação, espessamento, estrias longitudinais, formação de um género de “serrim”, alteração da coloração normal, com aparecimento de manchas brancas ou acastanhadas. Quando atinge a pele em redor, aparecem a inflamação, dor e edema, alterando também o crescimento da unha.

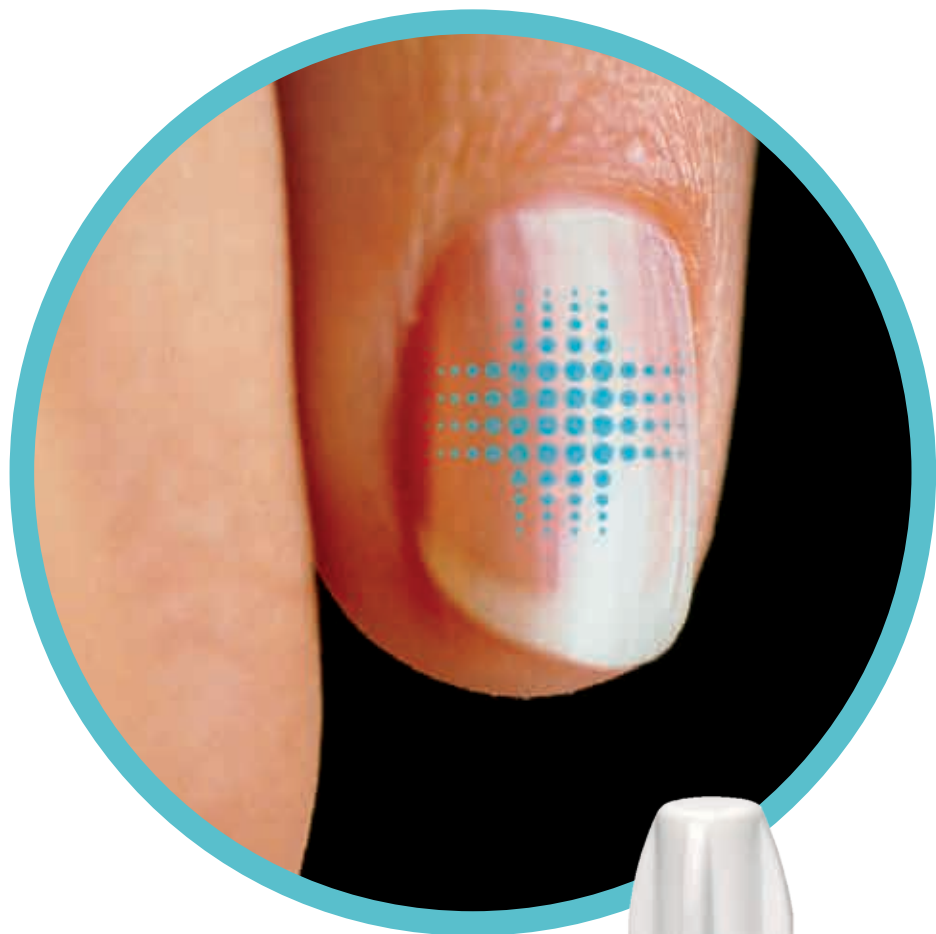
Na planta e nas partes laterais do pé surgem bolhas ou vesículas de conteúdo líquido que provocam alteração da morfologia dérmica, causando vermelhidão, escamação, prurido e mau cheiro.

O diagnóstico destas infeções fúngicas deve ser especializado, baseado na observação clínica e na avaliação microbiológica de forma a estabelecer um diagnóstico claro e específico, permitindo que o tratamento seja direcionado e eficaz.

As micoses podem ser divididas em dois grupos: as superficiais e as profundas, que são mais graves, na medida em que entram na corrente sanguínea e no sistema linfático

MYCOSTER® 80 mg/g

Ciclopirox verniz para as unhas medicamentoso



ANTIFÚNGICO TÓPICO

VERNIZ PARA AS UNHAS
MEDICAMENTOSO
Tratamento de 1ª linha
nas onicomicoses

AÇÃO ANTIFÚNGICA



Comparticipado
37%

Posologia

1 aplicação/dia durante 3 meses
para as **unhas das mãos**

1 aplicação/dia durante 6 meses
para as **unhas dos pés**

retirar a camada filmogénica 1 vez
por semana com um dissolvente

Frasco de 3ml
com pincel.

A ESCOLHA ANTIFÚNGICA

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. Nome do medicamento: Mycoster, 80 mg/g, Verniz para unhas medicamentoso. **Composição qualitativa e quantitativa:** Cada grama de verniz para unhas medicamentoso contém 80 mg de ciclopirox. **Forma farmacêutica:** Verniz para unhas medicamentoso. Indicações terapêuticas: Tratamento de primeira linha de infeções fúngicas das unhas (onicomicoses) sem envolvimento da matriz e causadas por dermatófitos e/ou outros fungos sensíveis ao ciclopirox. **Posologia e modo de administração:** Posologia: Salvo indicação contrária, Mycoster deve ser aplicado como uma camada fina em todas as unhas afetadas, uma vez por dia, de preferência à noite. O verniz medicamentoso deve ser aplicado sobre toda a placa ungueal. Manter o frasco bem fechado após cada utilização. Antes de começar o tratamento, é recomendado a remoção das partes soltas das unhas afetadas com um corta-unhas, lima ou tesoura. A utilização de uma solução cosmética dissolvente, uma vez por semana, permite retirar a camada de verniz medicamentoso da superfície da unha que, com a continuação, poderia impedir a penetração da substância ativa. Também é recomendada a remoção simultânea das partes soltas das unhas afetadas. O tratamento deve ser continuado até se atingir a total recuperação clínica e micológica, com observação do crescimento da unha saudável. O tratamento dura habitualmente entre três (onicomicose dos dedos das mãos) a seis meses (onicomicose dos dedos dos pés). No entanto, a duração do tratamento não deve exceder os seis meses. Mycoster é indicado para adultos. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Mycoster não deve ser utilizado em crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Evitar o contacto com os olhos e com as mucosas. Mycoster é exclusivamente para uso externo. No caso de sensibilização, o tratamento deve ser descontinuado e deve ser substituída terapêutica apropriada. Assim como em todos os tratamentos tópicos para as onicomicoses, no caso de envolvimento de várias unhas (mais do que 5 unhas), no caso de mais de dois terços da unha se encontrar alterada e em caso de fatores predisponentes, tais como diabetes e distúrbios imunitários, deve ser considerada a adição de uma terapêutica sistémica. O risco de remoção de unhas soltas ou infetadas pelo profissional de saúde ou durante a limpeza pelo doente, deve ser cuidadosamente considerado em doentes com história de diabetes mellitus insulino dependente ou neuropatia diabética. Não aplicar vernizes cosméticos comuns ou qualquer outro produto cosmético nas unhas tratadas. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Não foram realizados estudos de interação. **Efeitos indesejáveis:** Frequência desconhecida: Dermite de contacto. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação: INFARMED, I.P. - Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 - 1749-004 Lisboa. Tel: +351217987373. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). Fax: + 351217987397. Sítio da internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>. E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. Data da revisão do texto: 10/2017. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento participado (Escalação C). Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Portugal, Lda. - Rua Rodrigo da Fonseca, n.º 178, 5.º Esq. 1070-243 Lisboa. Contribuinte n.º 501757635.

Ventilação não invasiva e doenças neuromusculares

Em Portugal, as doenças respiratórias representam a terceira causa de morte na população, ultrapassando as 115 por 100.000 habitantes. A Madeira é mesmo a região da Europa com maior taxa de mortalidade por doenças respiratórias (dados da Direção Geral da Saúde).

As causas fundamentais identificadas para se verificarem estes números relacionam-se, principalmente, com o envelhecimento da população; com a dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, incluindo os tempos de espera e os diagnósticos tardios; com a resposta deficitária a ajudas externas; e com o preço dos medicamentos.

Dentro das doenças respiratórias, inclui-se o grupo das doenças neuromusculares, que se estima que afetem cerca de 5000 pacientes no nosso país, apesar de distribuídos por diferentes patologias. Apresentam um carácter genético, hereditário e progressivo, que têm em comum a diminuição da força muscular, levando, também, à fraqueza dos músculos respiratórios e conduzindo à insuficiência respiratória. Nesse sentido, torna-se importante atuar ao nível da manutenção dos volumes

ventilatórios e da capacidade de expansão da caixa torácica, da diminuição do volume residual e do espaço morto e na prevenção da acumulação de secreções e expulsão das mesmas através de mecanismos que promovam a tosse eficaz.

À medida que o enfraquecimento muscular progride, é necessário avaliar com precisão a função pulmonar e estar atento aos sintomas dos pacientes, nomeadamente fadiga, sono não reparador, cefaleias matinais e sonolência diurna. O suporte respiratório por ventilação mecânica não invasiva deve ser iniciado quando surgem estes sinais de hipoventilação no-

turna num paciente com capacidade respiratória diminuída. Numa fase inicial, a ventilação não invasiva é efetuada durante a noite, mas à medida que a doença progride os pacientes irão necessitar de ventilação durante o dia. Neste caso, é importante o conhecimento dos equipamentos e acessórios necessários para a sua utilização, com o objetivo de se obter a boa adaptação do paciente e a eficácia terapêutica.

De forma a monitorizar a adesão à ventilação não invasiva, surgiu a necessidade de criar protocolos de telemonitorização. Estes implicam o controlo à distância de de-

terminados parâmetros que permitem a vigilância clínica do paciente, a partir de casa ou mesmo em movimento, utilizando plataformas tecnológicas especializadas.

Esta prestação de serviço compreende o objetivo de reduzir o número de consultas, idas à urgência e internamentos, sendo uma solução custo-efetiva no acompanhamento dos pacientes e uma resposta atempada ao agravamento da doença.

A aplicação destas terapias respiratórias não invasivas possibilita, então, a melhoria da qualidade de vida e permite o aumento da sobrevivência dos pacientes com doença neuromuscular.



Rita Francisco

Fisioterapeuta na Linde Saúde



Patricia Anjo

Enfermeira na Linde Saúde

Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Neuromusculares. (2010). Manual sobre Doenças Neuromusculares - Técnicos e Profissionais de Saúde. Coimbra: Almedina. Obtido de www.apn.pt
- Fidalgo, A., Sequeira, A., & Vieira, N. (2012). Ganhos em Saúde com a utilização de Ventilação Não Invasiva em Pessoas com Doença Neuromuscular. *Journal of Aging and Innovation*, 34-47.
- Ishikawa, Y. (2005). Manual for the Care of Patients Using Noninvasive Ventilation In Neuromuscular Disorders. Japan: Japan Planning Center Inc.
- Nicolini, A., Banfi, P., Grecchi, B., Lax, A., Walterspacher, S., Barlascini, C., & Robert, D. (2014). Non-invasive ventilation in the treatment of sleep-related breathing disorders: A review and update. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 324-335.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). 13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal.
- Pereira, M. (2017). O Papel da Pneumologia nas Doenças Neuromusculares. Obtido de Fundação Portuguesa do Pulmão: www.fundacaoportuguesadopolmao.org
- Pinto, A., Almeida, J., Pinto, S., Pereira, J., Oliveira, A., & Carvalho, M. (2010). Home telemonitoring of non-invasive ventilation decreases healthcare utilisation in a prospective controlled trial of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1238-1242.



Simbiose Perfeita

Juntos otimizamos os cuidados
de saúde para as doenças
respiratórias crónicas.

Linde Saúde | Cuidados Respiratórios Domiciliários

Linha permanente e gratuita: 800 22 00 22 | lindesaude@linde.com
www.linde-healthcare.pt

THE LINDE GROUP

Linde

INVENTING FOR LIFE

SOMOS INSPIRADOS POR
UMA VISÃO PARTILHADA E
POR UMA MISSÃO DE SALVAR
E MELHORAR VIDAS

Uma procura
pela descoberta,
uma vocação
pelo tratamento