

Enfermeiro

ANUÁRIO 2021

Anual • Ano 5 • N.º 5 • maio de 2021



Enfermagem
num ano
de desafios



JUNTOS POR UMA
VIDA MELHOR

TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO
VENTILOTERAPIA
OXIGENOTERAPIA

VitalAire

AirLiquide
HEALTHCARE



Líder em evidência científica¹



ÚLTIMA INOVAÇÃO



CONTRIBUI PARA O NORMAL DESENVOLVIMENTO COGNITIVO^{2,3}



FAVORECE O NORMAL FUNCIONAMENTO DO SISTEMA IMUNITÁRIO^{4,5}



Inspirado no LEITE MATERNO

NOTA IMPORTANTE:

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA O LACTENTE.

1 Líder em inovação científica com DHA e desenvolvimento visual.

2 O ferro contribui para o normal desenvolvimento dos bebés. [Regulamento (UE) no 957/2010].

3 O ácido-linolênico (ALA) contribui para o normal desenvolvimento mental dos bebés. (EFSA Journal 2011;9(4):2130).

4 Timby N, Domellöf E, Hernell O, et al. Neurodevelopment, nutrition, and growth until 12 months of age in infants fed a low-energy, low-protein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2014;99:860-868.

5 Timby N, Hernell O, Vaarala O, et al. Infections in infants fed formula supplemented with bovine milk fat globule membranes. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015;60:384-389.



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

DESIGN

Conceição Matos
saomatos@newsengage.pt

IMPRESSÃO

RPO
Produção Gráfica, LDA.

4

O olhar
da ex-ministra
Ana Jorge

11

A palavra
à bastonária

14

HPV e o papel
dos enfermeiros

18

A VNI em idade
pediátrica

20

VNI em contexto
hospitalar

22

Cuidados
respiratórios:
desafios

25

Hipertensão:
há que medir

26

A importância
da vacinação

29

Psoríase: vacinar
ou não vacinar?

30

O apoio ao doente
hematológico

34

Controlo de
infecções em tempo
de Covid-19

38

Contraceção e
planeamento
familiar

40

Azia na gravidez:
prevenir e tratar

42

EMtende: um
projeto inovador

45

O enfermeiro
em oncologia

48

Malnutrição:
alertar para
os riscos

49

Fazer a diferença
na esclerose
múltipla

53

Capacitar o doente
com diabetes

“Sempre tive o maior respeito pelo meu parceiro do lado: o enfermeiro”

Ana Jorge

Ex-ministra da Saúde, coordenadora na Unidade de Missão do Hospital da Estrela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para os Cuidados Continuados



Não foi ministra. Esteve ministra. Nos dois governos em que tutelou a pasta da saúde, confessa que só em raros momentos despiu a bata de médica, porque assim, com essas vestes que são para a vida, entendia bem o que se passava e melhor respondia a cada desafio que a tarefa pública se encarregava de lhe trazer. Nada que a impedisse de ter compromisso político, o que a levou a ajudar a sua Lourinhã-natal, onde presidiu durante alguns anos à Assembleia Municipal. Orgulha-se de ter sido a primeira pessoa da família direta a licenciar-se, considerando isso nada de exemplar, antes um estímulo para os jovens que, trabalhando e estudando, podem chegar lá e fazer um percurso profissional diferenciado. Desde 2019 como coordenadora na Unidade de Missão do Hospital da Estrela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para os Cuidados Continuados, jamais perde o gosto de gerir, planear, trabalhar em equipa. Com os enfermeiros convocados. Como sempre.

Pela sua experiência, desde logo como médica, trabalhando lado a lado com profissionais de saúde que aportam outras competências, que papel confere aos enfermeiros no sistema e nos diferentes serviços?

— Os enfermeiros são a população mais numerosa do sistema, parceiros de todos os profissionais – e de toda a saúde. São elementos essenciais para a prestação de cuidados. A saúde cada vez mais se faz em equipas multidisciplinares, a primeira das quais constituída pela dupla médico-enfermeiro. Desde o início da minha carreira que acompanho o percurso de grande diferenciação profissional que tem sido feito pelos enfermeiros, bem afirmada com o surgimento da licenciatura. Assim, com a capa-



da especialidade técnica e na pluralidade de instrumentação na área hospitalar, na prevalência da doença crónica e em tantos outros aspetos. Os enfermeiros têm aí, objetivamente, todo um campo de complementaridade, organizando e mobilizando equipas capazes de cuidar de pessoas com doença. Não por acaso, a formação dos enfermeiros define de modo insuperável essa realidade, que é a centralização da – e na – pessoa. Porque, hoje e sempre, é de pessoas que estamos a falar, das suas necessidades, das suas doenças. Acima de tudo, é a pessoa que está em causa.

E isso também reflete os novos caminhos por onde passa a formação. Que lhe parece?

– Considero que na formação – incluindo a pré-graduada – a área de enfermagem tocou mais precocemente, do que a área médica, no cuidar e na vertente da humanização. É natural que assim aconteça pelas características da própria profissão, mas que, ainda assim, não deixa de relevar, quando a centralidade está na pessoa, no doente, e isso é válido tanto para o enfermeiro, quanto para o médico. Vejamos, a medicina é hoje cada vez mais tecnologia; a ciência tem atualmente um grande desenvolvimento quer em diagnóstico, quer em terapêutica; as tecnologias de diagnóstico, de monitorização dos doentes (até em casa), tudo isto é muito técnico – parece que se pode resolver tudo com exames, com TAC, com ressonâncias... e, às vezes, descura-se um pouco o cuidar da pessoa. E reconhecendo todos os avanços trazidos pelo desenvolvimento tecnológico – penso que, quanto a isso, estaremos todos de acordo – convirá ter presente que a medicina exige muito da nossa sensibilidade e dimensão humana; daí que devamos considerá-la a junção desses dois lados, a relação humana e a

ciência. Mas, certos de que não há boa saúde sem ciência, como é óbvio, há um pensamento que vai emergindo ao voltar a falar-se na importância da relação médico-doente.

A pandemia veio reforçar essa consciência coletiva e individual. Revê-se nesta leitura?

– Claro que sim. Veio trazer alguns pontos de reflexão muito relevantes, como o reaprender a sentir e a valorizar o não poder tocar. E o mesmo acontece com a importância da comunicação. Quando estamos a comunicar, temos de saber se o doente entende o que estamos a dizer. E a única maneira de saber, não é repetir. É perguntar-lhe o que é que entendeu do que acabámos de transmitir. Convém frisar que, muitas vezes, tanto o doente como o familiar só entendem as primeiras frases, já não ouvem as segundas... Se a situação é boa, não há problema, a conversa flui naturalmente e o entendimento corre bem do princípio ao fim. O que já não acontece quando as notícias não são tão agradáveis de receber – e isso é mesmo assim, faz parte do ser humano. Compete-nos, a nós, ter essa percepção, o que às vezes é esquecido. E se nos últimos anos a formação em medicina voltou a dar alguma atenção à comunicação, o certo é que na enfermagem foi aprofundada e desenvolvida muito mais essa componente, até por força da sua maior proximidade em relação ao doente. Nomeadamente na área hospitalar, os enfermeiros estão lá 24 horas. Estão lá sempre.

Tem vivido, de perto, bem por dentro, as mais-valias da intervenção no âmbito das referidas equipas multidisciplinares. Gostaria de traduzir essa vivência?

– Sobre a minha sensibilidade para trabalhar em equipas multidisciplinares, tenho de ir aos primeiros tempos em que me reconheço como

cidade conferida pelo acesso ao conhecimento, contribuem para potenciar o trabalho conjunto com o médico, tornando complementares duas áreas muito importantes. E isso faz todo o sentido na prestação de cuidados, porque, sozinho, o médico ou qualquer outro profissional nada pode fazer. São saberes e formas de intervir diferentes, mas que se complementam. O médico, *grosso modo*, está mais vocacionado para o diagnóstico. E o enfermeiro mais para o cuidado. A enfermagem valorizou-se também através de equipas mais alargadas, por exemplo no plano da prescrição. Pensemos na saúde da comunidade, na prevenção primária, na prestação de cuidados a nível de proximidade; e, além disso, nas áreas mais diferenciadas, no sentido

Enfermeiro e médico. Ou vice-versa.
O importante é que não podemos
viver um sem o outro. Temos
conhecimento e formas de atuar que,
sendo distintos, se complementam.
Para bem da saúde. E, acima de tudo,
para bem do doente

Uma vez pediatra, pediatra para sempre

De certa forma, sim. E continuo, em várias frentes e momentos, a pugnar e a defender os direitos das crianças. Além disso, considero que um pediatra se adapta muito bem a todo o ciclo da vida e, designadamente, nesta fase final do relacionamento com as pessoas mais velhas – não numa ótica de infantilizar; do mesmo modo que eu não acho que se deva ir por aí com as crianças, mas tratá-las de acordo com a sua idade e capacidade de entendimento, através do jogo, da brincadeira e por aí adiante. Quero com isto dizer que a atenção que temos de dar às crianças é a mesma que temos de dar aos adultos, aos mais velhos, em função das suas necessidades – e a relação e a comunicação têm aqui algum paralelismo. É bom notar que a formação de um pediatra, do ponto de vista da relação, é uma formação para a vida.

profissional de saúde. Sinceramente, é desde sempre. Logo no início, trabalhei em saúde escolar, o que é impossível fazer sem enfermeiro. E depois tive oportunidade de trabalhar num centro de orientação e observação médico-pedagógico (o antigo COOMP), que tinha uma equipa multidisciplinar: médicos de medicina geral, pediatria, psiquiatria, enfermagem, professores de ensino especial, todos participando na discussão das situações das crianças e das famílias – eu não discuto crianças sem discutir pais ou outros elementos da família. Portanto, acontecia assim: a criança e a família ao centro, com a equipa toda à volta, na tentativa de aportar tudo o que era a sua mais-valia em cada área de competência específica, e depois, dali saíria uma intervenção global e uma leitura agregadora. Esta é a experiência de uma equipa multidisciplinar em interdisciplinaridade, ainda

no final dos anos setenta. Mas, ainda antes, devo destacar um trabalho em parceria com a enfermagem, no serviço médico à periferia. Neste caso, tive sorte de ir para um sítio onde uma das enfermeiras – que eu já conhecia dos tempos conturbados de 1974-75, em que fui tarefaira, ainda em medicina geral, no Hospital de São Bernardo, em Setúbal – enfermeira essa que me acompanhou no trabalho de parceria. Estivemos lado a lado, a trabalhar em Alcácer do Sal, onde montámos um centro materno-infantil que me marcou positivamente para toda a vida. Desde sempre, tenho um grande respeito pelo meu parceiro do lado, que é o enfermeiro. Quando, no internato, entrei para o Hospital de Dona Estefânia, entrou ao mesmo tempo um grupo de enfermeiros. E foi uma lufada de ar fresco naquele hospital, porque eram profissionais já com uma diferenciação de curso grande, com quem, de resto, estabeleci uma relação de forte amizade, em que se se contavam várias enfermeiras que, mais tarde, viria a reencontrar no Hospital Garcia de Horta. E há aqui toda uma capacidade de realizar, de trabalhar muito em conjunto, de preparar, também lado a lado, muitas sessões de formação, o que, nessa altura, era fundamental para os enfermeiros. Esta experiência de parceria efetiva foi-se aprofundando e valorizando ao longo dos anos, em diferentes tarefas e lugares onde fui desenvolvendo a minha atividade. Quando estive na ARS [Administração Regional de Saúde] de Lisboa e Vale do Tejo levei uma enfermeira para integrar o conselho de administração, o que aconteceu pela primeira vez na história daquele organismo. E assim aconteceu porque se tratava da pessoa que mais sabia de recursos humanos gerais, e do desse ponto de vista [humano] era muito importante juntar-se à equipa – aliás, ficámos amigas, o que me apraz muito.

Num olhar global, designadamente pela participação e promoção de rastreios e ou outras ações de prevenção junto da comunidade, que quota-parte é devida aos enfermeiros nos bons resultados em saúde obtidos em Portugal?

– Se falamos na prevenção primária, o modelo mais típico é a vacinação. E, neste campo, Portugal tem uma experiência – refiro-me, concretamente, ao Plano Nacional de Vacinação [PNV] – exemplar em todo o mundo. Mas, se a vacinação é o sucesso que é no nosso país, isso deve-se aos enfermeiros. Quem tomou conta desta área, em termos de organização, foram os enfermeiros. Aqui há muitos anos, nos centros de saúde, estávamos numa época pré-digital, em que não havia computadores [meio sorriso, meio pasmo...]. Os ficheiros de vacina-

ção, nominais, eram organizados em cavaletes e caixinhas, todos identificados como uma cor diferente (um por cada pessoa vacinada); e os enfermeiros, num domínio exímio e absoluto dessa organização, olhavam para os ficheiros e diziam (fosse criança ou adulto) quem tinha de ser chamado para a vacina – era impressionante. Hoje, temos o Boletim Individual de Saúde *online*. E assim, cada centro de saúde já tem em suporte informático o registo da vacinação dos utentes, o que representa um grande avanço. Falando agora de rastreio, que já entra no do-

Desde a formação pré-graduada à licenciatura e ao doutoramento, a enfermagem evoluiu, mais do que a área médica, na dimensão humana que deve envolver a sua carreira. E se a medicina é hoje cada vez mais tecnologia, há, felizmente, um movimento que vai fazendo caminho pelas atenções que, também nós, devemos à humanização no relacionamento com o doente



resposta à pessoa rastreada. Nessas situações e no desenvolvimento dessa vertente da comunicação pós-rastreamento, os enfermeiros são, numa palavra, essenciais.

Que sentimento lhe ocorre quando reflete sobre a migração dos nossos profissionais de saúde, neste caso, os enfermeiros, para outros países, tendo por destino principal o Reino Unido e vários outros países da União Europeia?

— Os nossos profissionais, designadamente os enfermeiros e os médicos, além de outros portugueses que se destacam em áreas que nada têm a ver com a saúde, arquitetos, engenheiros, matemáticos, físicos, empreendedores em diferentes setores, todos eles saem à procura de um horizonte de vida, com melhores – para não dizer muito melhores – condições remuneratórias, condições de trabalho e perspetiva de carreira. Nos enfermeiros e, genericamente em todas as áreas da saúde em Portugal, a formação pré-graduada é muito boa e o mesmo acontece na diferenciação posterior. Falando concretamente nos médicos e nos enfermeiros, os cursos são exigentes e as especialidades são muito rigorosas. Por isso, os nossos profissionais de saúde são muito reconhecidos, internacionalmente, do ponto de vista das competências e das capacidades; e assim se explica porque são muito requisitados.

Apelando mais à sua experiência como titular da pasta da saúde em dois governos, o que é preciso, definitivamente, fazer para fixar ou, pelo menos, incentivar os nossos enfermeiros a continuarem a exercer no nosso país?

— Tudo começa pelo reconhecimento da importância da enfermagem em determinado lugar. E esse reconhecimento, de facto, é hoje aceite e um dado adquirido. Depois, as necessidades em enfermagem são grandes. Se nós queremos prestar melhores cuidados gerais, temos de potenciar muito mais a relação entre a população e os enfermeiros. Obviamente que são necessárias condições de natureza financeira e perspetivas de progressão na carreira. Os serviços públicos debatem-se, como sabemos, com algum constrangimento orçamental que afeta o país no seu todo. E no SNS, em concreto, tem sido muito difícil o reconhecimento da enfermagem precisamente porque há sérias dificuldades de financiamento. Com a intervenção da *troika*, não só os enfermeiros, como também os médicos, foram alvo de uma redução salarial. O facto é que, atualmente, os enfermeiros são técnicos superiores, mas a sua carreira não está bem definida. E em vez de a discutirmos no plano técnico-científico,

mínio da prevenção secundária, aí estamos à procura de patologias. Dito isto, para fazer um rastreio temos, também aqui, de mobilizar as competências de uma equipa – quem coordena, quem executa, quem regista e quem encaminha. Acresce que um rastreio tem de ter sempre resposta para as situações identificadas; não se fazem rastreios só para saber... O propósito é tratar. Dois exemplos: cancro

da mama e cancro colorretal, cujos rastreios estão presentemente entre os mais generalizados para patologias oncológicas; mas, noutra latitude, podemos abordar também o rastreio da diabetes. Retomando os primeiros exemplos, ou vou rastrear com base populacional, envolvendo uma determinada geografia, ou mais ocasional (oportunistica); e, perante o resultado que me chega, tenho de garantir uma



Quando responsável pela pasta da saúde, trabalhei com a Ordem dos Enfermeiros, na partilha de um compromisso comum: o desenvolvimento da carreira de enfermeiro, tendo por suporte uma justa grelha salarial e uma carreira por níveis, sem descuidar a relevância da sua diferenciação técnica, procurando dignificar e melhorar o contexto de então. Não fui bem-sucedida, porque o governo caiu

muitas vezes o debate político, puro e duro, sobrepõe-se na agenda, como, de resto, sucede em relação a outros profissionais de diferentes áreas. Que os enfermeiros têm de ter um nível salarial mais adequado à sua formação, estamos de acordo; se isso é possível ou não do ponto de vista financeiro no sistema público, é algo que tem de ser entendido e bem desenvolvido. E quando se diz que tem de se apostar mais aí, que o SNS precisa de mais financiamento, tudo vai dar, tudo passa pela valorização das carreiras – e os recursos humanos, na saúde, são caros. Mas, nós sabemos bem que, a médio ou a longo prazo, a vantagem é que isto gera, necessariamente, um efeito de balança equilibrada. Ou seja, haverá melhores cuidados de saúde se dispusermos de profissionais mais diferenciados e em número capaz de responder às necessidades – e se formos por aqui, vamos bem, gastando menos recursos financeiros noutras áreas. Acresce que a qualidade de vida e a satisfação desses profissionais, dessas pessoas, serão, inevitavelmente, maiores. No meu tempo de ministério, tentei renegociar a carreira dos enfermeiros – que era uma grande confusão,

O Plano Nacional de Vacinação é um exemplo para o mundo – e há muitos anos que assim acontece. E o sucesso deve-se, por inteiro, aos enfermeiros portugueses

porque, entre outras situações, havia vários níveis que não faziam sentido –, mas o governo caiu e não houve hipótese de desenvolver e avançar, o que não deixou de ser frustrante, confesso. A carreira de enfermagem deve refletir uma profissão que é hierarquizada; e sendo, além do mais, muito numerosa, tudo funciona bem quando as coisas estão devidamente estruturadas no serviço; e isso faz-se com base na sua diferenciação técnica. Voltando às minhas responsabilidades ministeriais, recordo-me que, paralelamente, trabalhamos com a Ordem dos Enfermeiros, em matéria de desenvolvimento profissional. E, com estas duas coisas bem casadas, no sentido de uma grelha salarial e de uma carreira por níveis, cruzando com a diferenciação profissional, era possível dignificar e melhorar um pouco mais a área de enfermagem. Mas ficou tudo um pouco coartado, como que morreu na praia...

A gestão da pandemia tem trazido à evidência a impreparação do mundo – e das sociedades que, por definição, deveriam estar mais precavidas em termos de planos de contingência – para responder a esta situação dramática para tantos milhões de pessoas. No caso português, como avalia a resposta dos nossos profissionais de saúde?

– Considero que reagiram de uma forma exemplar. E mesmo perante um período crítico, de facto, principalmente no princípio deste ano, a nossa resposta foi boa, o que traduz algo inquestionável: os profissionais de saúde portu-

gueses são bem formados em termos da sua diferenciação. E, apesar de tudo, o SNS foi capaz de se adaptar, tomando medidas que, genericamente, entendo que foram corretas. Tenho, devo dizer, uma visão muito positiva do modo como reagimos – ninguém, é preciso notar, está preparado para uma pandemia. E houve sempre alguma desconfiança sobre se a pandemia vinha ou não vinha... Depois, percebeu-se que era a sério. É bom lembrar, em breve parênteses, que num passado recente temeu-se a chegada de uma pandemia – tenhamos presente a gripe das aves e o vírus que provocava insuficiência respiratória aguda, que acabou por ficar muito circunscrito, tal como sucedeu com o Ébola, mas que não deixou de assustar o mundo. No caso da gripe A, os planos de contingência feitos e treinados em Portugal para esse cenário concreto, foram de certa forma a base adaptável à chegada de uma pandemia como esta que estamos a enfrentar. Portanto, havia já um exercício feito dentro das instituições de saúde e não só – refiro-me à proteção civil e às empresas, designadamente; o que, apesar de tudo, quer dizer que a nossa impreparação não era absoluta. E se, dessa vez, não aconteceu nada do ponto de vista pandémico – sem dúvida que houve óbitos a lamentar e vários casos que foram motivo de preocupação – agora tudo foi diferente, atingindo proporções muito significativas. No caso europeu, o que fez soar os alarmes em todo o continente foi a Itália, sobretudo pelo facto de a situação mais preocupante estar a acontecer no norte, onde se concentram os melhores serviços de saúde e os hospitais de referência. Acontece que a pandemia não se gere em hospitais. Não é, insisto neste ponto, por haver bons hospitais que se controla uma pandemia. O controlo faz-se na comunidade. E a diferença entre Itália e Portugal foi essa. A vantagem que a pandemia nos trouxe foi reconhecer que um SNS forte, bem organizado, tendo – e que vai continuar a ter – as suas falhas, aqui e ali, mas articulando adequadamente com todo o sistema de saúde (desde o setor social ao setor privado), permite-nos negociar bem o que sabemos ser necessário subcontratar. Para simplificar, diria que a decisão tem de partir de um SNS robusto, sem nunca ficarmos dependentes do exterior. Eu, para negociar, tenho de estar à mesa, com cartas de transparência e saber o que pretendo; estou no sistema há muitos anos, vivendo a primeira experiência portuguesa em PPP [Parceria Público-Privada] no Amadora-Sintra [Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca], vivência essa desastrosa em termos pessoais, ao debater-me com um processo em tribunal durante quinze anos; ainda assim, nada disso pode apagar uma experiência enorme para o desenvol-

vimento do setor público em Portugal, que, a partir daí, permite ter robustez suficiente para poder negociar – e bem – com os privados.

Como médica, que em vários momentos trabalhou no Hospital Garcia de Orta, de que forma viveu, ainda que à distância, o impacto brutal da COVID-19 junto dos profissionais daquela estrutura hospitalar?

– Os hospitais que, em Portugal, mais facilmente atingem em situações extremas o ponto de rotura são dois: o Professor Doutor Fernando Fonseca e o Garcia de Horta. A razão está bem à vista. Ambos estão situados em zonas muito populosas, com grandes bolsas de pobreza, sendo que o Garcia de Horta envolve um território em que sabemos existirem um sem-número de lares em situação ilegal – que, em muitos casos, albergam pessoas em condições completamente desastrosas – o que não deixa de ser relevante no ponto que estamos a abordar. É importante frisar que os dois hospitais estão dimensionados para uma população que, hoje, representa numericamente o dobro, já para não dizer o triplo... em termos de capacidade de resposta hospitalar. Basta haver um surto de gripe, para a pressão se fazer sentir, sobretudo, nestas duas unidades. Quando ao Garcia de Horta, que vive um ambiente verdadeiramente frenético, precisa de um serviço de ambulatório muito bem desenvolvido (porque, atualmente, funciona tudo dentro do hospital).

Na questão da vacinação contra a COVID-19, também ela geradora de zigzagues, dúvidas, reticências, ansiedade, parece que, apesar de alguma (des)União Europeia (UE), Portugal estará agora no trilho certo – e com forte mobilização dos nossos enfermeiros. Concorda?

– A pandemia veio chamar a atenção que era muito importante haver UE e tomar medidas sérias e robustas em conjunto. A saúde, por ser independente em cada país, é uma questão que nos deve fazer pensar, no quadro da UE, enquanto agregação de estados membros. Em Bruxelas, a saúde integra o setor da economia, não é vista separadamente; e, daí, é considerada um bem de mercado a nível europeu. Ora, isto não é apenas uma desconsideração – é pior que isso. Pela simples razão de que a saúde não pode estar ao sabor dos mercados. E está. Daí que eu esteja completamente de acordo com esta decisão de as vacinas serem compradas de modo centralizado e, depois, distribuídas equitativamente por todos os países. É interessante assinalar que, pelo menos até agora, ainda não ouvi ninguém afirmar algo muito importante: se Portugal não estivesse na UE, provavelmente não dispunha de vacinas ao mesmo tempo que



Cursos muito exigentes. Especialidades muito rigorosas. Este é o segredo da cobiça internacional que recai sobre os nossos profissionais de saúde. A começar pelos enfermeiros e pelos médicos. Sem esquecer tantas outras profissões

os outros países. Bem sei que não chegaram logo as doses necessárias – mas foram chegando.

O que a move, acima de tudo, na sua atual função, ou melhor, nesta nova missão, agora ao serviço do Hospital da Estrela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa?

— O despertar para uma área nova, muito necessária, envolvendo não só o cuidar dos mais velhos, como das pessoas que têm doença crónica. Estamos a falar de cuidados de qualidade até ao fim da vida. As pessoas têm direito a uma vida saudável e de bem-estar. No pressuposto de poderem aceder a cuidados continuados, uma ideia lançada pelo ministro Correia de Campos e que eu, depois, ao suceder-lhe no governo, aprofundei, mas que atualmente posso coordenar e acompanhar na prática, desenvolvendo novas soluções e abordagens. A ideia é que surjam mais respostas – até mais sustentáveis – numa articulação abrangente e de proximidade, ao mobilizar não apenas os hospitais, mas as famílias e os cuidadores informais, sendo certo que o apoio domiciliário deverá desenvolver-se muito mais, tendo por suporte instituições como esta, que permitem reabilitar as pessoas, adaptando-as naturalmente a uma nova realidade e proporcionando-lhes a máxima qualidade possível. Com a vantagem de, também aqui, funcionarmos em equipa multidisciplinar, promovendo conferências familiares que chamam o doente e os seus cuidadores a participar nas soluções, numa lógica de aceitação de responsabilidades partilhadas. E tudo isto me move.

Enfermagem de saúde infantil e pediátrica: uma especialidade em evolução

Quando comecei, já havia alguma especialização de enfermagem nos cuidados de saúde primários. E uma das primeiras experiências foi em saúde infantil, em Caneças. Nessa altura, a organização passava por escolhermos as pessoas que tinham mais jeito... ou, seja, mais capacidade de se adaptar. Portanto, ressalta daí, independentemente de uma possível vocação (que sempre se pode desenvolver), a importância de se investir na formação. Hoje em dia, com a aposta no conhecimento, faz toda a diferença haver a tal diferenciação técnica de um enfermeiro especialista, sem prejuízo, note-se, do valor do enfermeiro generalista. Mas a diferenciação eleva-nos a outro patamar, indispensável nos novos tempos e desafios que se colocam à saúde. Por outras palavras, em muitas áreas da comunidade podemos acompanhar o desenvolvimento de uma criança normal através de um enfermeiro generalista, que tem a sensibilidade do contacto, a disponibilidade para falar com a família, a identificação dos fatores de risco – tudo isto aprende-se e é fundamental. Se, por outro lado, estamos a falar de um serviço de pediatria em internamento, nesse cenário é importante haver enfermeiros gerais, mas é imperativa a intervenção de enfermeiros especialistas, cuja preparação se desenvolveu muitíssimo. Mesmo um especialista, quando vai, por exemplo, para uma unidade de neonatologia, tem de ter seis meses de introdução. Está tudo dito.



Ana Rita Cavaco

Bastonária da Ordem
dos Enfermeiros

Voz e liderança

Há um antes e um depois da pandemia. O foco de boa parte do mundo mudou. Em tempos de digitalização global, a saúde recuperou o espaço central das prioridades individuais e governamentais. Trocámos o ter dinheiro pelo ter saúde. Digam o que disserem, e dure o tempo que durar, trata-se de uma revolução importante na forma como nos posicionamos na vida.

Na sequência desta transformação, os profissionais de saúde – e nomeadamente os enfermeiros enquanto cuidadores a tempo inteiro e de maior proximidade com os doentes – passaram a ser reconhecidos como pilares de uma nova estrutura social. Dito de outra forma, os enfermeiros passaram a ser vistos como os guardiões daquilo que há de mais valioso: a saúde. Dir-me-ão que foi sempre assim. Certo. A verdade é que nem sempre foi reconhecido dessa forma, sobretudo em países como Portugal, onde sucessivos governos esqueceram a carreira de enfermagem, descuidaram as remunerações e habituaram-se ao salve-se quem puder.

Os tempos são de revolução e sugerem que os enfermeiros assumam a

sua voz, sem hesitações. Em Portugal, o vírus colocou a nu as fragilidades de um Serviço Nacional de Saúde com um problema crónico de falta de investimento e eficiência. Mais: foi fácil distinguir entre as verdadeiras lideranças nas estruturas hospitalares e a falta de aptidão de certas administrações. As novas lideranças na Saúde devem ser entregues a quem conhece os doentes, os problemas reais dos serviços e tenha uma visão de futuro.

A pandemia revelou líderes com dificuldade em ver para além do hoje, concentrados numa espécie de gestão de mercearia. Ora, quem fica preso no presente não prepara o futuro. Foi precisamente isso que os enfermeiros repetiram até à exaustão ao longo dos últimos anos. A falta de reconhecimento e valorização dos profissionais de saúde teria custos. E teve. Numa altura crítica, Portugal não foi capaz de ter enfermeiros em número suficiente para responder aos anseios da população. O edifício tremeu. Não caiu pelas razões do costume: altruísmo e profissionalismo.

As novas competências exploradas pelos enfermeiros colocam-nos,

hoje, numa posição especial para assumir cargos de liderança nas estruturas da saúde. O olhar periférico e integrado do sistema, próprio de quem funciona como pivot, é

Os profissionais
de saúde – e
nomeadamente
os enfermeiros
enquanto cuidadores
a tempo inteiro e de
maior proximidade
com os doentes
– passaram a ser
reconhecidos como
pilares de uma nova
estrutura social

uma mais-valia que não pode ser desperdiçada. O futuro pede que os enfermeiros não tenham medo de assumir, liderar, apresentar a sua visão e concretizá-la sem medo.



**Maria Henriqueta
Figueiredo**

Presidente da Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

O sucesso da vacinação e o enfermeiro de família

Desde 1965, Portugal tem um programa de vacinação (PNV) que foi ganhando robustez, permitindo hoje a proteção contra pelo menos 12 doenças, tendo, entre outras, permitido a erradicação da poliomielite e o controlo por imunidade de grupo de patologias como o Sarampo.

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), a vacinação é uma atividade assistencial integrada nas diferentes consultas de enfermagem ao longo do ciclo de vida. Os enfermeiros especialistas diagnosticam em permanência o regime de imunização, avaliando os conhecimentos, as crenças e a adesão ao PNV; e, de acordo com os seus diagnósticos, vão desenvolvendo intervenções, que podem ser do tipo informar e ensinar, otimizar crenças e promover a adesão. Cada pessoa é única e existem também, no contexto familiar, crenças em saúde que ora podem potenciar a adesão à vacinação (pelas experiências positivas que alicerçam a confiança no enfermeiro de família e no PNV), ora podem potenciar comportamentos de não adesão suscetíveis de permitir o desenvolvimento de fenómenos como a hesitação vacinal,

em que, por motivos diversos, há uma recusa na toma das vacinas. Na legislação portuguesa, apenas as vacinas antidiftérica e antitetânica são obrigatórias por lei, já que

Neste sentido, o enfermeiro especialista em ESF, abordando na clínica a família como unidade de cuidados, que inclui a família como um todo e os seus mem-

Os enfermeiros de família estão a ser peças-chave na vacinação em massa dos portugueses, facilitando os processos de adesão

nunca foi revogado o decreto-lei Nº 44 198 de 1962. Como tal, é preciso uma abordagem profissionalmente estruturada e assente na melhor evidência e decisão clínica para garantir um regime de imunização adequado que proteja a população portuguesa.

bro individualmente, é o ator central no processo de promoção, acompanhamento e gestão do PNV. Em articulação com a unidade de saúde pública para a promoção de indicadores de vacinação protetores da saúde das populações.

Nas suas consultas, desenvolve técnicas especializadas para a otimização de crenças de saúde em geral e da vacinação em particular, acompanha o processo vacinal de cada um dos membros da família, potenciando em proximidade as intervenções personalizadas que promovem um regime de imunização eficaz, administra e regista as vacinas garantindo o rigor do registo nacional de vacinação e responde de forma especializada à monitorização das reações às vacinas, estando preparado para atuar em situações de emergência associadas a reações alérgicas.

Durante o processo de pandemia, os enfermeiros de família estão a ser peças-chave na vacinação em massa dos portugueses, facilitando os processos de adesão pela confiança que os utentes e famílias foram construindo, ao longo do seu ciclo de vida.

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar considera, por isso, que deve deixar um especial reconhecimento aos especialistas em ESF, pela forma exímia e altamente qualificada com que têm promovido em proximidade a adesão ao PNV nos cidadãos portugueses, nomeadamente desde o ano 2000, altura em que Portugal, durante a conferência de Munique, assumiu o compromisso de garantir a cada família o seu enfermeiro. Deixa ainda a recomendação da promoção de dotações seguras de enfermeiros de família, conforme proposto pelas normas reguladoras da profissão, permitindo assim aos cidadãos portugueses e às famílias o acesso a cuidados seguros com os enfermeiros especialistas em ESF, em que se inclui a promoção de um regime de imunização eficaz.

**CELEBRAMOS 15 ANOS
COM MAIS DE 308 MILHÕES
DE DOSES DISTRIBUÍDAS
EM TODO O MUNDO¹**

RotaTeq
Vacina viva contra
o Rotavírus

**CELEBRAMOS
15
ANOS**

**DE
PIPA**



**A
FILIPA**

Desde 2006 a contribuir para bebés protegidos contra o rotavírus

Dados de vida real comprovam a redução da necessidade de hospitalizações associadas a episódios de Gastroenterite a Rotavírus (GERV) em **96%** e episódios de GERV em ambulatório em **90%**²

NOME DO MEDICAMENTO RotaTeq®, solução oral. Vacina viva contra o Rotavírus. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** RotaTeq apresenta-se como uma solução (2 ml) em bisnaga maleável pré-cheia. Cada dose de vacina contém 5 diferentes tipos de rotavírus: não menos de 2,2 X 10⁶ UII do tipo G1, não menos de 2,8 X 10⁶ UII do tipo G2, não menos de 2,2 X 10⁶ UII do tipo G3, não menos de 2,0 X 10⁶ UII do tipo G4 e não menos de 2,3 X 10⁶ UII do tipo P1A[8], solubilizados em água purificada. Unidades Infeciosas. Esta vacina contém 1080 miligramas de sacarose e 37,6 miligramas de sódio. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS** Indicações terapêuticas RotaTeq está indicado na imunização ativa de lactentes a partir das 6 semanas até às 32 semanas de idade, para a prevenção de gastroenterites devidas a infeções por rotavírus. RotaTeq deve ser usado de acordo com as recomendações oficiais. **Posologia e modo de administração** Posologia O esquema de vacinação consiste em três doses. A primeira dose deve ser administrada a partir das 6 semanas de idade e nunca depois das 12 semanas de idade. RotaTeq pode ser administrado a lactentes que nasceram prematuramente desde que o período de gestação não seja inferior, no mínimo, a 25 semanas. Estes lactentes devem receber a primeira dose de RotaTeq no mínimo 6 semanas após o nascimento. As doses devem ser administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas. O esquema de vacinação de três doses deverá estar concluído preferencialmente às 20-22 semanas de idade. Se necessário, a terceira dose pode ser administrada até às 32 semanas de idade. Recomenda-se que os lactentes que recebem a primeira imunização contra o rotavírus com RotaTeq, devem também receber as doses subsequentes da mesma vacina. Caso se observe ou exista forte suspeita de que foi ingerida uma dose incompleta (ex., o lactente cuspiu ou regurgitou a vacina), poderá administrar-se uma dose de substituição na mesma sessão de vacinação; contudo, tal não foi estudado em ensaios clínicos. Caso se verifique uma recorrência do problema, não devem ser administradas doses de substituição adicionais. Não se recomenda a administração de mais doses após ter sido completado o esquema de 3 doses. **Modo de administração** RotaTeq é apenas para administração oral. RotaTeq NÃO DEVE SER INJETADO EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Hipersensibilidade após a administração prévia de vacinas contra o rotavírus. Antecedentes de invaginação intestinal. Indivíduos com malformações congénitas do trato gastrointestinal com predisposição para invaginação intestinal. Lactentes com diagnóstico ou suspeita de imunodeficiência. A administração de RotaTeq deve ser adiada em lactentes que apresentam uma patologia febril aguda grave. A administração de RotaTeq deve ser adiada em indivíduos que sofrem de diarreia aguda ou vômitos. A presença de uma infeção ligeira não é uma contraindicação para a imunização. **Advertências e precauções especiais de utilização** Não estão disponíveis dados de ensaios clínicos relativos à segurança ou eficácia da administração de RotaTeq em lactentes imunocomprometidos, que foram expostos no útero a um tratamento imunossupressor, lactentes infetados com o VIH ou lactentes que receberam uma transfusão de sangue ou imunoglobulinas nos 42 dias anteriores à administração. Os profissionais de saúde deverão estar atentos a quaisquer sintomas indicativos de invaginação intestinal (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangue nas fezes, distensão abdominal e/ou febre alta), como precaução, uma vez que dados de estudos observacionais indicam um risco aumentado de invaginação intestinal, principalmente nos 7 dias após a vacinação contra o rotavírus. Os pais/tutores devem ser aconselhados a notificar de imediato estes sintomas ao seu profissional de saúde. Não estão disponíveis dados de segurança ou eficácia relativamente a lactentes com patologia gastrointestinal ativa (incluindo diarreia crónica) ou atraso no crescimento. A administração de RotaTeq deverá ser considerada com precaução nestes lactentes quando, na opinião do médico, o retardar a administração da vacina implicar um maior risco. O nível de proteção proporcionado pelo RotaTeq baseia-se no facto de serem completadas as 3 doses. Tal como acontece com qualquer vacina, a vacinação com RotaTeq poderá não proteger completamente todos os vacinados. RotaTeq não oferece proteção contra gastroenterites provocadas por outros agentes patogénicos que não o rotavírus. Não estão disponíveis dados clínicos relativos à utilização de RotaTeq na profilaxia após a exposição. Deve ser considerado o potencial risco de apneia e a necessidade de monitorização respiratória durante 48-72 horas quando se administra a primovacinação a lactentes nascidos muito prematuramente (nascidos <28 semanas de gestação) e particularmente naqueles com antecedentes de imaturidade respiratória. Como o benefício da vacinação é elevado neste grupo pediátrico, a vacinação não deve deixar de ser realizada, nem deve ser adiada. RotaTeq contém sacarose. Os doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, má absorção de glucose-galactose ou insuficiência de sacarase-isomaltase, não devem ser vacinados. Esta vacina contém 37,6 mg de sódio por dose, equivalente a 1,88% da ingestão diária máxima recomendada pela OMS de 2 g de sódio para um adulto. **Interações medicamentosas** RotaTeq pode ser administrado concomitantemente com vacinas infantis monovalentes ou combinadas, contendo um ou mais dos seguintes antígenos: DTPa, Hib, VIP, VAP, VHB, VPC e MenC. **Efeitos indesejáveis** Muito frequentes: diarreia, vômitos, piréxia. Frequentes: infeção respiratória superior. **Descrição de reações adversas selecionadas** Os dados de estudos observacionais de segurança realizados em vários países indicam que as vacinas contra o rotavírus implicam um risco aumentado de invaginação intestinal, com até 6 casos adicionais por 100.000 lactentes, nos 7 dias após a vacinação. Existe evidência limitada de um ligeiro aumento do risco após a segunda dose. Num estudo observacional de vigilância de segurança pós-comercialização, em larga escala, não houve aumento do risco da doença de Kawasaki, nos lactentes vacinados com RotaTeq. Para a lista completa de reações adversas incluindo as que foram reportadas na vigilância póscomercialização, consultar o Resumo das Características do Medicamento. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** MSD VACCINS, 162 avenue Jean Jaurès, F-69007 LYON, França. Representante local: Merck Sharp & Dohme, Lda. **NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 5885785. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 27 de junho de 2006. **DATA DA ÚLTIMA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 18 de maio de 2011. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 08/2020. Medicamento sujeito a receita médica, não comparticipado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado ou o seu representante local.

Referências

1. Data on file - MSD Portugal 2020. 2. Solastie A, Leino T, Ollgren J. Success of rotavirus vaccination in Finland, a register based study measuring impact beyond overall effectiveness. *Vaccine*. 2020;38(21):3766-72.



Merck Sharp & Dohme, Lda. | www.msd.pt | Tel. 214 465 700 | Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NPC 500 191 360
| Copyright © 2021 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA.
Todos os direitos reservados. PT-ROT-00029 04/2021



Palmira Santos

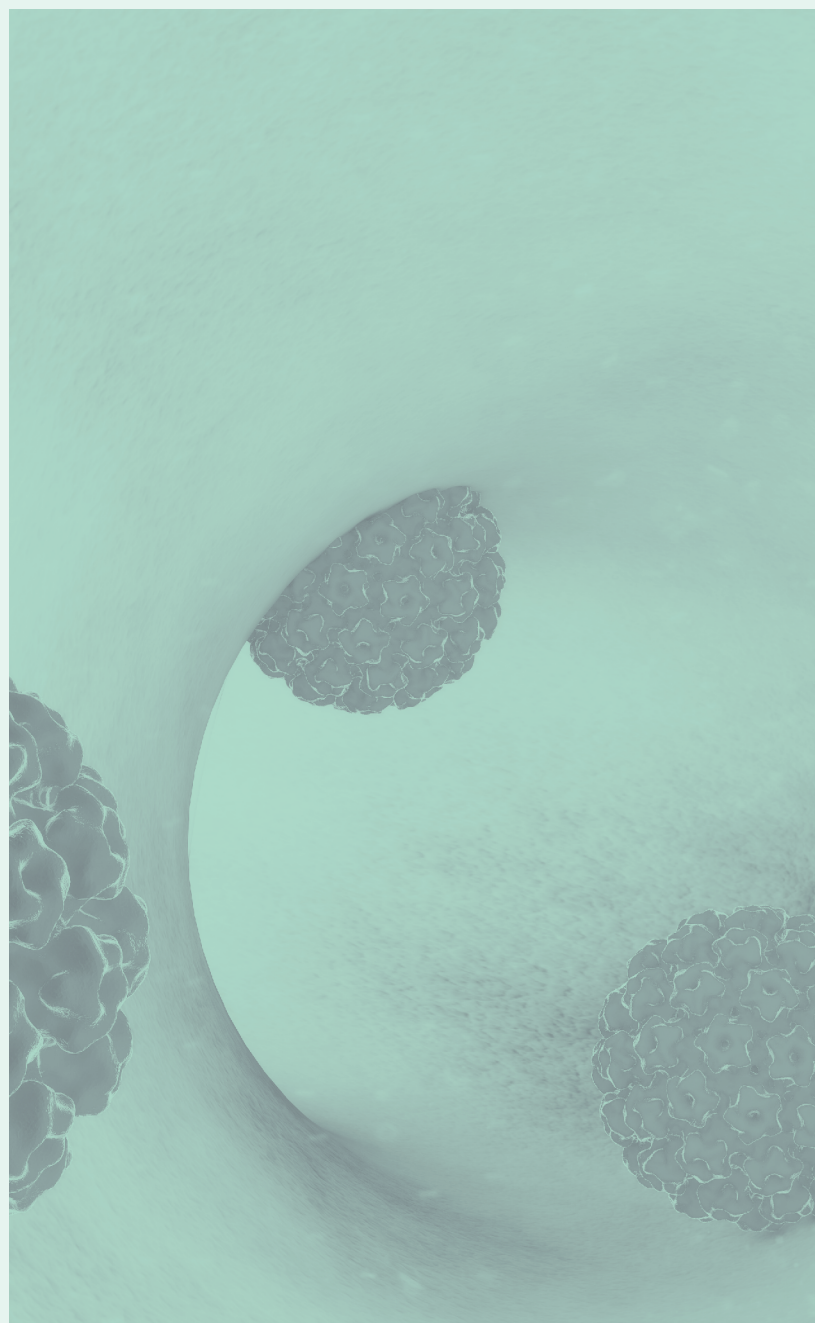
Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na USF Rafael Bordalo Pinheiro

HPV e o papel dos enfermeiros

O Vírus do Papiloma Humano (HPV) é responsável por um elevado número de infeções, geralmente assintomáticas e de regressão espontânea. Existem cerca de duzentos genótipos de HPV que são classificados de acordo com o seu potencial oncogénico. De acordo com esse potencial, os genótipos de HPV podem ser vírus de baixo risco ou de alto risco. Os HPV de baixo risco estão associados ao desenvolvimento de verrugas genitais e incluem os genótipos 6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e 89. Os HPV de alto risco são os genótipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59, sendo que o 16 e 18 são responsáveis pela maioria das situações de cancro do colo do útero. O HPV infeta sobretudo a vulva, vagina, colo do útero, pênis e áreas perianais e a sua transmissão é predominantemente por via sexual.

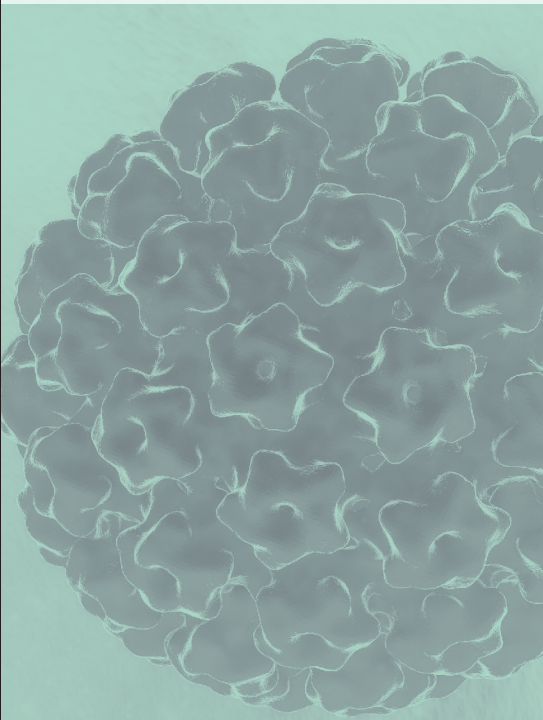
Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na cons-

cientização sobre a infeção por HPV e sua prevenção, intervindo em três vertentes principais: educação para a saúde sobre comportamentos de risco que se associam à transmissão do HPV, vacinação e adesão a programas de rastreio do cancro do colo do útero (RCCU). Compete aos profissionais de saúde, e nomeadamente aos enfermeiros, promoverem atitudes e comportamentos sexuais saudáveis, sensibilizando os adolescentes para a utilização de preservativo. No entanto, por não cobrir a totalidade da área genital, este método barreira não confere uma proteção 100% eficaz na infeção por HPV. Apenas a vacinação protege eficazmente contra os tipos de HPV incluídos na vacina. Atualmente existem duas: uma vacina bivalente, (eficaz para os genótipos 16 e 18) e outra nonavalente (que confere proteção contra os HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58).

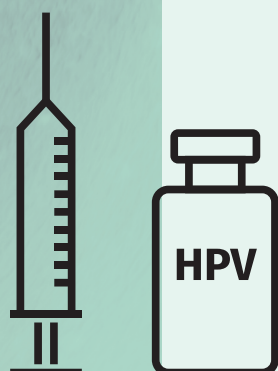


Os enfermeiros foram uma peça-chave no processo da vacinação do HPV em Portugal, contribuindo para as excelentes coberturas vacinais alcançadas. De uma forma retrospectiva e sucinta, a vacina do HPV (tetravalente) foi introduzida no Plano Nacional de Vacinação (PNV) em 2008, num esquema de três doses, para raparigas de 13 anos. De 2009 a 2011 decorreu a vacinação por repescagem das jovens com 17 anos. Em 2014, para otimizar a eficácia da vacinação, antecipou-se a idade recomendada para o intervalo entre os 10 e os 13 anos de idade, num esquema de duas doses. A vacina nonavalente foi introduzida no PNV em 2017 para administração a raparigas de 10 anos. Finalmente, em outubro de 2020, a vacinação contra infeções do HPV foi alargada aos rapazes de 10 anos de idade, constituindo um novo marco importante para a saúde pública.

Na promoção da vacinação o enfermeiro desempenha várias funções: convida as crianças em idade recomendada para a vacina do HPV; facilita o acesso à vacinação (oferecendo a possibilidade de agendar a sua administração durante todo o horário de funcionamento da Unidade Funcional); presta esclarecimentos a todos os utentes que manifestem interesse em aderir à vacinação mesmo fora das idades abrangidas pelo PNV e, final-



Os enfermeiros foram
uma peça-chave no
processo da vacinação
do HPV em Portugal,
contribuindo para as
excelentes coberturas
vacinais alcançadas



mente, contribui para a desmistificação de falsas crenças sobre esta vacina. Era frequente os pais conotarem o HPV a uma infeção de transmissão sexual e, por isso, atrasavam a vacinação até que a adolescente iniciasse as primeiras relações, o que comprometia a sua eficácia. Outros pais recusavam a vacinação temendo as reações adversas. Atualmente, com o PNV a incluir a vacina do HPV também para rapazes, as dúvidas assentam na pertinência de administrar a “vacina do cancro do colo do útero” no género masculino. Os enfermeiros assumem um papel fundamental no esclarecimento dos pais e ado-

lescentes, no sentido de perceberem que o HPV pode ser responsável por patologias e outras formas de cancro que não o do colo do útero, como o cancro do pénis e do ânus. E embora as raparigas estejam maioritariamente vacinadas, conferindo alguma imunidade de grupo, não podemos negligenciar aspetos como a orientação sexual do adolescente e, numa era de globalização, a possibilidade de estabelecer relacionamentos íntimos com jovens provenientes de países com baixas coberturas vacinais para o HPV. Outro aspeto que não é negligenciado pelos enfermeiros é a

promoção do rastreio do cancro do colo do útero, fundamental na prevenção e intervenção precoce no desenvolvimento desta doença oncológica, mesmo para mulheres que tenham cumprido a vacina do HPV. É importante alertá-las que nenhuma vacina confere proteção eficaz contra todos os genótipos do vírus. Atualmente, na Unidade de Saúde Familiar onde desempenho funções, beneficiamos de um protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE que permite a realização de colpocitologias em meio líquido e pesquisa de ácidos nucleicos, dos serotipos oncogénicos, do HPV, a realizar a cada cinco anos a todas as utentes inscritas com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos, desde que não reúnam critérios de exclusão (Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro). Fora das idades mencionadas, as mulheres são convidadas a integrar o programa de RCCU realizando citologia em lâmina em intervalos máximos de três anos.

Conscientes do impacto positivo na saúde pública, os enfermeiros assumem um papel essencial na prevenção da infeção por HPV. Além de privilegiar a dicotomia vacinação/rastreio do cancro do colo do útero, é fundamental educar para a saúde desde a adolescência até à idade adulta, prestando informação a ambos os géneros, de forma clara, adequada e relevante sobre o HPV e suas implicações.

BIBLIOGRAFIA

- Medeiros, R., Vaz S., Rebelo T. & Figueiredo-Dias M. (2020). Prevenção da infeção pelo vírus do papiloma humano. Para além do cancro do colo do útero: uma breve revisão. *Acta Médica Portuguesa*. (33),198-2012.
- Despacho n.º 12434/2019. *Diário da República*, II Série, n.º 250 (2019/12/30).30-31.
- Despacho n.º 8254/2017. *Diário da República*, II Série, n.º 183 (2017/09/21). 20788-20789.
- Direção-Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa. DGS. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



Marília Marques

Médica especialista em Pediatria

Pós-graduada em Medicina
do Viajante

Professora Adjunta Convidada
na ESTESL

HPV e a importância da vacinação

O cancro do colo do útero é a segunda causa de morte em Portugal nas mulheres jovens, em idade fértil. Sendo o Vírus do Papiloma Humano (HPV) um agente carcinogénico para as lesões pré-malignas do trato genital inferior, para o cancro invasivo do colo, vagina (70%), vulva (43%), pênis (50%), canal anal (88%), orofaringe (25,6%) e ainda para a papilomatose respiratória recorrente¹.

A descoberta da vacina contra o HPV concedeu-nos a possibilidade de prevenir os vários tipos de cancro causado por este vírus. Em Portugal, as vacinas contra infeções por HPV foram introduzidas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) português em 2008, para todas as jovens com 13 anos de idade, com repescagem até aos 17 anos. A vacina nonavalente (Gardasil®) foi introduzida no PNV em 2017 para administração às raparigas de dez anos de idade, de forma a otimizar o seu grau de

proteção. O alargamento, desde outubro de 2020, aos rapazes nascidos em 2009 (inclusive) permitirá a redução do risco de desenvolverem condilomas genitais, cancro do ânus, do pênis, da cabeça e do pescoço². De salientar que não existem rastreios implementados para a prevenção de cancro associado ao HPV no sexo masculino, a taxa de seroconversão é baixa e as infeções recorrentes são frequentes.

O HPV é um vírus cujo genoma é constituído por DNA circular de cadeia dupla contendo cerca de 8.000 pares de bases e com uma cápside icosaédrica composta por duas moléculas proteicas, L1 e L2 (Muñoz *et al.*, 2003). Estão descritos mais de 130 tipos de HPV, dos quais cerca de 40 infetam preferencialmente o trato anogenital. O HPV é um vírus que infeta as camadas basais dos epitélios, às quais tem acesso através de microtraumatismos, nomeadamente du-

O cancro do colo do útero é a segunda causa de morte em Portugal nas mulheres jovens, em idade fértil. Sendo o HPV um agente carcinogénico para as lesões pré-malignas do trato genital inferior, para o cancro invasivo do colo, vagina (70%), vulva (43%), pênis (50%), canal anal (88%), orofaringe (25,6%) e ainda para a papilomatose respiratória recorrente

rante o ato sexual. A *International Agency for Research on Cancer* classifica os HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 66 como HPV de alto risco (o 16 e o 18 associados ao desenvolvimento do cancro anogenital, cabeça e pescoço) e os HPV 6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 como HPV de baixo risco (o 6 e o 11 apresentam baixo potencial oncogénico, causando doença benigna, designadamente condilomas genitais (90%), papilomatose respiratória recorrente (100%), lesões de baixo grau do colo uterino e anais)^{3,4}. Alguns genótipos têm um potencial oncogénico incerto. A nível mundial, estima-se que 80% da população já teve um episódio de infeção por HPV durante a sua vida⁵. A resolução espontânea da infeção é comum, mas as infeções associadas aos genótipos de alto risco têm menor probabilidade de regressão.

Nos finais do século XVIII, o médico britânico Edward Jenner, hoje conhecido como o "pai da imunologia", demonstrou pela primeira vez que a vacinação poderia oferecer proteção contra a varíola. E desde aí, a vacinação tem demonstrado ser um dos recursos mais eficazes e custo-efetivos em termos de Saúde Pública, prevenindo a nível mundial cerca de 2,5 milhões de mortes por ano. A importância das vacinas é um tema atual. Estamos em 2021 e depositamos a nossa fé numa vacina que nos permita a tão desejada imunidade de grupo ou até a erradicação global do SARS-CoV-2, à semelhança do que aconteceu com a varíola, em 1980.

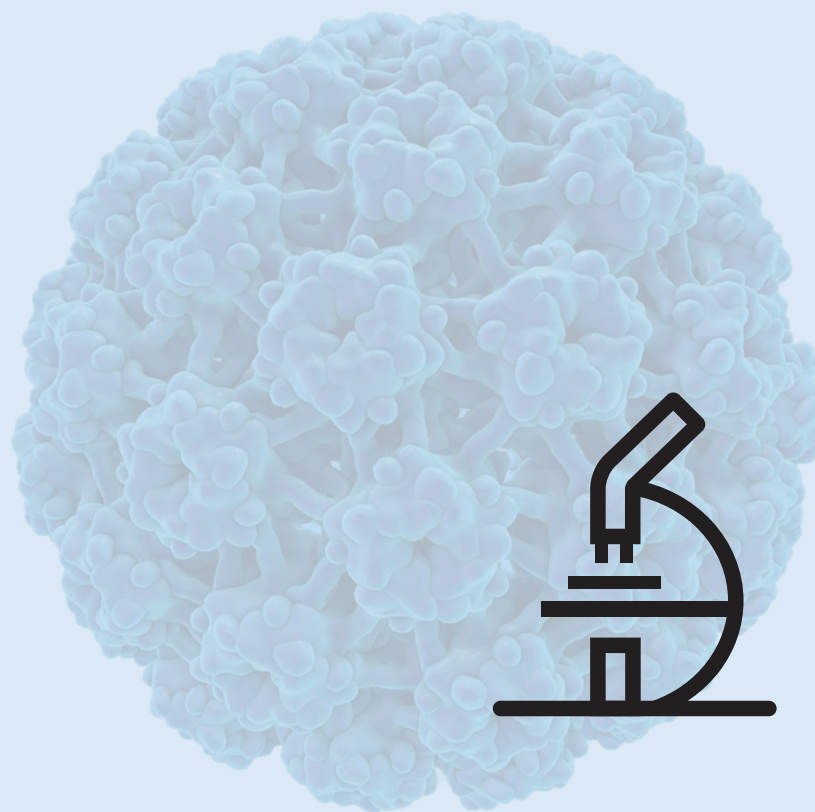
A vacina do HPV é produzida por tecnologia recombinante, para produzir partículas semelhantes ao vírus, mas que não são infecciosas nem oncogénicas. Contém também adjuvantes com o objetivo de prolongar e aumentar a resposta imune (60-100 vezes superior à da infeção natural)⁶.

A vacina deve ser administrada no músculo deltóide, no terço superior do braço direito (face ântero-lateral). Pode ser administrada

em simultâneo com outras vacinas, em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro, desde que distanciadas 2,5 a 5 cm⁷. As reações no local da injeção, como dor ligeira e eritema, são os efeitos secundários mais comuns e não estão documentados efeitos adversos graves⁷. Globalmente, ocorre seroconversão em 97 a 100% da população vacinada e com uma proteção superior a 10 anos⁶.

Os dados mostram que, com a vacinação universal em alguns países, verificou-se uma redução vertiginosa da infeção persistente, dos condilomas genitais e das lesões genitais de baixo e alto grau, demonstrando uma elevada efetividade da vacina⁸⁻¹⁹.

A redução da incidência e da mortalidade por cancro do colo do útero só será possível através da adoção de medidas de prevenção primária (vacinação profilática contra o HPV dentro e fora do PNV até aos 26 anos), de prevenção secundária (realização de testes de rastreio ao colo do útero) e terciária (diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os casos avançados de doença)²⁰.



BIBLIOGRAFIA

1. Martel C, Plummer M, Vignat J, et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer* 2017;141:664-670;
2. Direção-Geral da Saúde – Norma – Novo Programa Nacional de Vacinação; 27 setembro de 2020;
3. Burchell AN, Winer RL, De Sanjosé S, et al. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine* 2006;24(Supl 3): S52-61;
4. zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Res Cancer* 2002;2:342-50;
5. Bernard HU, Burk RD, Chen Z, et al. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. *Virology* 2010;401:70-9;
6. Recomendações sobre as Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação, Comissão de Vacinas da Sociedade de Infecçologia Pediátrica e Sociedade Portuguesa de Pediatria, setembro de 2020;
7. RCM Gardasil®. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-productinformation_pt.pdf (acedido em 9 de agosto de 2020);
8. Garland SM, Kjaer S, Munoz N, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis* 2016; 63(4):519-527;
9. Ali H, Donovan B, Wand H, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ* 2013;346:1-9;
10. Tabrizi, SN et al. Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2014;14:1-9;
11. Bauer HM, Wright G, Chow J. Evidence of human papillomavirus vaccine effectiveness in reducing genital warts: an analysis of California public family planning administrative claims data, 2007-2010. *Am J Public Health* 2012;102:833-35;
12. Baandrup L, Blomberg M, Dehlendorff C, et al. Significant decrease in the incidence of genital warts in young Danish women after implementation of a national human papillomavirus vaccination programme. *Sex Transm Dis* 2013;40:130-35;
13. Blomberg M, Dehlendorff C, Munk C, et al. Strongly decreased risk of genital warts after vaccination against human papillomavirus: nationwide follow-up of vaccinated and unvaccinated girls in Denmark. *Clin Infect Dis*. 2013;57:929-34;
14. Flagg EW, Schwartz R, Weinstock H. Prevalence of Anogenital Warts Among Participants in Private Health Plans in the United States, 2003-2010: Potential Impact of Human Papillomavirus Vaccination. *Am J Public Health* 2013;103:1428-35;
15. Mikolajczyk RT, Kraut A, Horn J, et al. Changes in incidence of anogenital warts diagnoses after the introduction of human papillomavirus vaccination in Germany-an ecologic study. *Sex Transm Dis* 2013;40:28-31;
16. Deléré Y, Remschmidt C, Leuschner J, et al. Human Papillomavirus prevalence and probable first effects of vaccination in 20 to 25 year-old women in Germany: a population-based cross-sectional study via home-based self-sampling. *BMC Infect Dis* 2014;14:87;
17. Leval A, Herweijer E, Ploner A, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine effectiveness: a Swedish national cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2013;105:469-74;
18. Mesher D, Panwar K, Thomas SL, et al. Continuing reductions in HPV 16/18 in a population with high coverage of bivalent HPV vaccination in England: an ongoing cross-sectional study. *BMJ Open* 2016;6:e009915;
19. Cameron RL, Kavanagh K, Pan J, et al. Human Papillomavirus Prevalence and Herd Immunity after Introduction of Vaccination Program, Scotland, 2009-2013. *Emerging Infectious Diseases*. 2016;22(1):56-64;
20. Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina 2014.



**Paula Pleno, enfermeira,
e Núria Madureira,
médica pediatra**

Hospital Pediátrico do Centro
Hospitalar Universitário de Coimbra

Sono e ventilação na Pediatria: – perspetiva da equipa de enfermagem do HP-CHUC

A ventilação não invasiva (VNI) é utilizada em idade pediátrica de forma a garantir um sono de qualidade em diferentes patologias. O sono é uma função natural, sendo essencial para o restabelecimento de vários sistemas e recuperação de energia. Nas crianças, assume um papel fundamental na produção da hormona de crescimento, no crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central e em funções cognitivas essenciais à aprendizagem. A perturbação do sono em idade pediátrica, seja da sua duração, seja da sua qualidade, pode ter implicações importantes: problemas comportamentais (hiperatividade, agressividade, irritabilidade), alterações do humor, dificuldades de aprendizagem, sonolências ou comportamentos de risco. As perturbações do sono podem ter subjacente situações que afetam o sistema respiratório. Em idade pediátrica, assumem particular relevância a síndrome de apneia obstrutiva do sono causada por exemplo por obesidade, malformações craniofaciais ou diferentes síndromes genéticas, e

a insuficiência respiratória crónica subjacente a patologias como as doenças neuromusculares ou a fibrose quística. Nestas situações, o recurso à VNI permite um controlo dos sintomas com melhoria da qualidade de vida e em algumas situações particulares, uma diminuição da mortalidade.

No Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (HP-CHUC), a VNI é utilizada desde 1993. Na altura, a Dra. Maria Helena Estevão, pioneira na área do sono e ventilação em pediatria em Portugal, iniciou este tipo de suporte ventilatório numa criança com mucopolissacaridose. Desde então, a experiência acumulada e a melhoria dos dispositivos e interfaces ventilatórios, permitiram a utilização de VNI em várias centenas de crianças e adolescentes. Em muitos dos casos, a ventilação não invasiva garantiu a continuidade dos cuidados ventilatórios no domicílio, diminuindo o tempo de hospitalização e permitindo uma melhoria na qualidade de vida dos doentes e família. Para tal, contribuíram também os apoios locais cada vez mais infor-

mados e o apoio das diferentes empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários, nomeadamente com a criação de equipas de profissionais dedicados ao acompanhamento destes doentes.

No HP-CHUC, a adaptação à VNI ocorre sempre em contexto de internamento, seja eletivo ou não. Nas situações em que se inicia a VNI de forma eletiva, a consulta médica de pneumologia pediátrica que precede o internamento assume particular importância. Nesta consulta, é explicado ao doente e à família o que é a VNI, qual a sua importância para a situação clínica em questão e como se processa a adaptação, de forma a garantir a motivação para a terapêutica. Após discussão entre o médico responsável e a equipa de enfermagem com experiência em VNI, o internamento é preparado e é decidido qual o dispositivo ventilatório e o(s) interface(s) necessários. No primeiro dia de internamento é reforçada toda a informação sobre VNI e a sua importância e inicia-se a adaptação durante o período de vigília,

permitindo à criança/adolescente a manipulação do equipamento, o ajuste gradual do equipamento se necessário (primeiro só com o arnês, depois com a máscara e, por fim, com a traqueia conectada ao dispositivo ventilatório) e a adaptação à sensação de entrada do ar com pressão na via aérea. O ajuste de parâmetros ventilatórios é também gradual, na primeira noite com pressão/presões mínimas e nas noites subsequentes com as alterações necessárias para a situação clínica. Durante os dias subsequentes, são efetuados diferentes ensinamentos respeitantes à higienização do equipamento, situações pontuais em que não deve ser realizada e atitude perante complicações minor da VNI, reforçando sempre a sua importância na patologia da criança/adolescente. Na fase final do internamento, estabelece-se o contacto com uma empresa prestadora de cuidados respiratórios domiciliários, para que na(s) última(s) noite(s) o doente utilize já o dispositivo ventilatório que levará para o domicílio. O internamento tem uma duração variável (em média, quatro a cinco noites), dependendo da facilidade na adaptação à VNI e da preparação da família. À data de alta, é entregue à família informação escrita referente à VNI, bem como contactos telefónicos da equipa médica e de enfermagem responsável. As consultas de pneumologia pediátrica subsequentes são agendadas com a periodicidade necessária a garantir adesão à VNI, sendo, numa fase inicial, com frequência, mensais (presenciais ou telefónicas). Esta metodologia de adaptação tem permitido um elevado índice de sucesso na instituição e na adesão da VNI, em doentes de diferentes faixas etárias e com diferentes patologias.



TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO

DORMIR BEM É VITAL

Os problemas do sono ocorrem em mais de 30% das crianças. Destes, cerca de três quartos estão relacionados com a síndrome da apneia do sono ou com o ressonar. É crucial que os profissionais de saúde estejam informados sobre a patologia da criança que pode representar um compromisso sério entre a respiração e o sono.

Fonte: Livro "Patologia respiratória do sono na criança", Associação Portuguesa do Sono

www.vitalaire.pt

**CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS**

800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24H/DIA

APS
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE SONO

Air Liquide
HEALTHCARE



Lucía Méndez

Enfermeira no Centro Hospitalar
Entre o Douro e Vouga

Ventilação não invasiva em contexto hospitalar: o papel do enfermeiro

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do paciente durante o internamento hospitalar, sendo sob os seus cuidados que está as 24 horas. Desta forma, assume um papel decisivo na ventilação não invasiva (VNI). Esta é a terapia de eleição em diversas patologias, cada vez mais utilizada pelos múltiplos benefícios e reduzidas complicações. Desde a origem da VNI surgiram muitos avanços tecnológicos que permitiram que, hoje em dia, existam ventiladores de pequenas di-

mensões, portáteis e silenciosos, assim como múltiplas interfaces que se adaptam a todos pacientes, permitindo ter uma boa qualidade de vida. De forma simplificada, um ventilador de VNI é um equipamento que capta o ar ambiente e, através de uma turbina, produz um fluxo de ar que exerce uma pressão positiva sobre a via aérea do paciente. Este fluxo permite melhorar o intercâmbio gasoso, diminuir o esforço respiratório, evitar a fadiga muscular e aumentar o volume corrente.

Os ventiladores podem operar em dois modos: (i) por pressão, no qual a pressão sobre a via aérea vai ser constante e vamos ter um volume variável ou (ii) por volume, no qual temos um volume constante, previamente fixado, com uma pressão variável. Os modos de volume podem funcionar com ou sem intervenção do paciente para iniciar o ciclo respiratório, dependendo do modo selecionado. Mais recentemente surgiram novos modos ventilatórios, como são os modos VAPS (*Volume-Assured Pressure Support*), nos quais se pretende um volume alvo estabelecido com um intervalo de IPAP (*initial inspiratory positive airway pressure*), ou seja, fixamos um limite superior com uma IPAP máxima e um limite inferior com um IPAP mínima. O surgimento dos servo-ventiladores contribuiu para oferecer um suporte ventilatório adaptável às fases da respiração, necessárias em diversos pacientes com patologias do sono que apresentam apneias centrais. Para ajudar a adaptar e sincronizar o paciente ao ventilador, também é importante programar outros

parâmetros como o “Trigger” ou sensibilidade, o tempo inspiratório, o “Rise Time” ou a ciclagem ou “Trigger expiratório”.

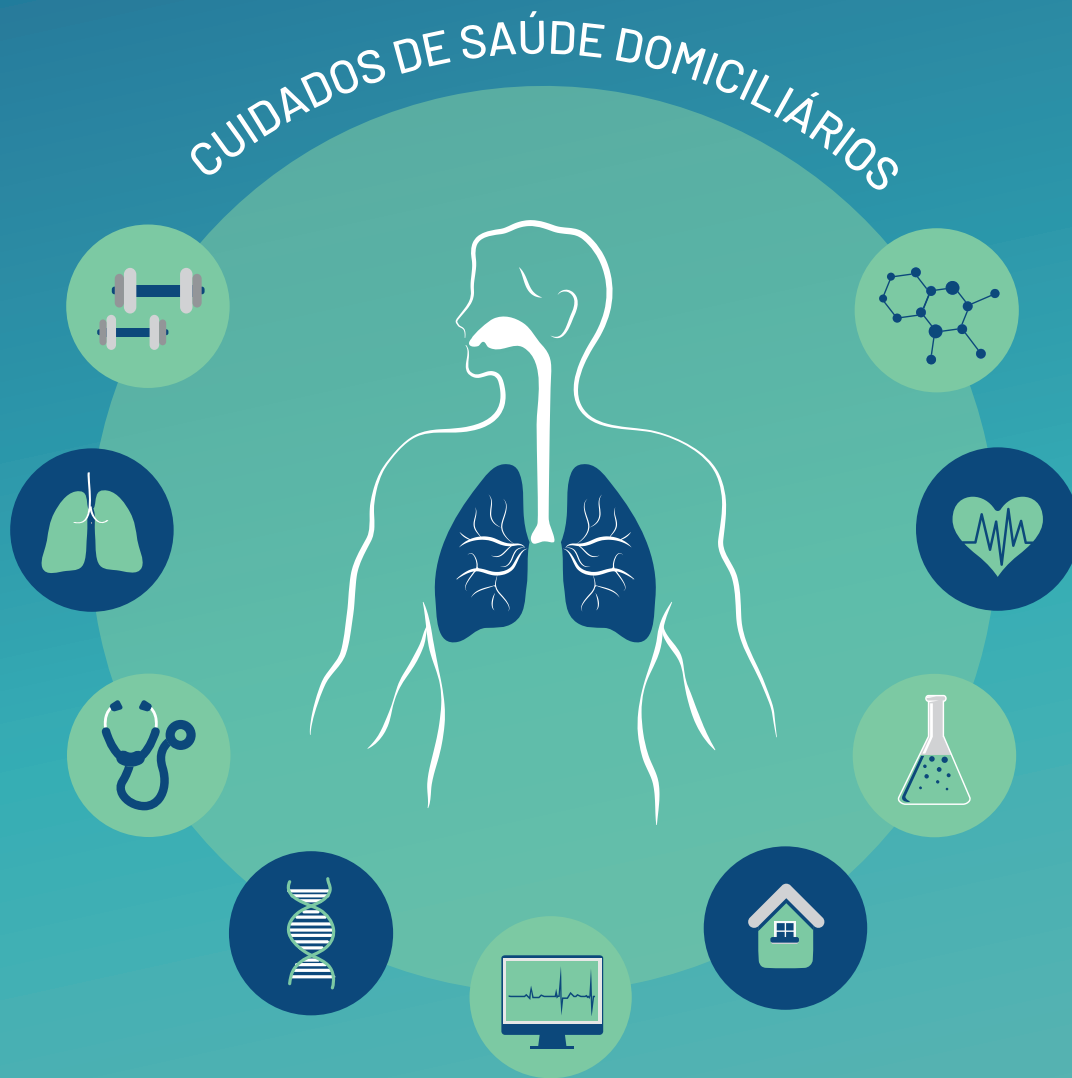
Em Portugal, os ventiladores de VNI disponíveis diferem nas denominações dos modos ventilatório e nas escalas dos parâmetros programáveis. Dada a diversidade de equipamentos existentes no mercado, o importante é conhecer os equipamentos que temos no nosso hospital de forma a conseguir utilizá-los facilmente. O profissional de saúde deverá estar “confortável” no seu manuseamento.

O surgimento da pandemia COVID-19 trouxe muitas preocupações relacionadas com a indicação para realizar VNI, em especial relacionadas com a elevada transmissibilidade do vírus e o potencial risco de contágio a outros pacientes e aos profissionais de saúde. À medida que o conhecimento foi aumentando, vários investigadores incluíram sem reservas a utilização da VNI em pacientes com COVID-19, especialmente em pacientes com DPOC, pacientes sem indicação para realizar ventilação mecânica invasiva (VMI) ou para desmame ventilatório após VMI. É importante recordar que, para garantir a segurança de cuidados é imprescindível utilizar, em ambiente hospitalar, um filtro bacteriológico à saída do ventilador e utilizar uma interface não ventilada, com outro filtro imediatamente a seguir a interface, para filtrar o ar expirado. Este filtro é recomendável seja humidificador, pois é desaconselhada a humidificação ativa pelo risco de aerossolização de gotículas, e também regulador da temperatura do fluxo de ar introduzido para otimizar o conforto dos pacientes.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na VNI, pois, em algumas ocasiões, o êxito desta terapia depende dos seus cuidados, pelo que precisa de conhecimentos aprofundados nesta terapia, sendo de extrema importância promover formações em VNI para enfermeiros.

Vários investigadores incluíram sem reservas a utilização da VNI em pacientes com COVID-19, especialmente em pacientes com DPOC

Change the world **with us**



Oxigenoterapia

Ventiloterapia

Reabilitação respiratória

**Outras terapias
domiciliárias**



Carmo Cordeiro

Membro da Comissão Organizadora do 1.º Congresso Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação

“Se 2020 foi o ano da resiliência, 2021 será o ano da resistência”

Os cuidados respiratórios de reabilitação tornaram-se particularmente relevantes devido à Covid-19, uma pandemia que, pela dimensão e gravidade, reforçou o diálogo entre os profissionais de saúde, unidos no combate contra um mesmo inimigo. Muitas são as batalhas já ganhas, mas o fim da “guerra” é, por enquanto, uma miragem. Este foi o foco do 1.º Congresso Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu de 20 a 22 de abril, promovido pela Associação Científica dos Enfermeiros. Nas palavras da enfermeira Carmo Cordeiro, membro da comissão organizadora, se 2020 foi o ano da resiliência, 2021 será o ano da resistência, mas também o da esperança renovada.

“Acrescentar valores, inspirando boas práticas respiratórias” deu o mote a este congresso. Com que expectativas?

O ano transato foi completamente atípico para todos, quer para a população em geral quer para os profissionais de saúde. Neste âmbito, esperamos que o congresso, mais do que um ponto de encontro entre profissionais, constitua uma oportunidade para analisar e realçar o papel dos enfermeiros, em particular os de reabilitação, enquanto cuidadores de doentes respiratórios em contexto de Covid-19. Como é sabido, a pandemia trouxe-nos muitos desafios ao nível dos diferentes contextos clínicos, desde as unidades de cuidados intensivos às unidades de internamento alocadas para o efeito e nos cuidados de saúde primários, tornando necessário reajustar o acompanhamento prestado aos doentes respiratórios. No fundo, pretendemos que este congresso reflita as experiências vividas por todos e por cada um de nós.

O facto de o evento ter um formato híbrido, presencial apenas para os preletores, refletiu-se no programa científico?

Não, de modo algum. O programa manteve a riqueza e a excelência que lhe são naturalmente devidas, e os palestrantes são honrosos nas

temáticas que abordaram. Penso que o conteúdo científico superou até o das Jornadas (de Enfermagem em Cuidados Respiratórios) que antecederam este 1.º Congresso, devido à pertinência dos temas em análise. No que se refere aos webinars, pela atualidade, destaco dois: “Terapia de Alto Fluxo: Impacto Atual” e “Terapia Inalatória: Novos Desafios na Educação dos Doentes Respiratórios na Pandemia”. O primeiro por abordar uma terapia recente, mas muito utilizada no doente com Covid-19. Incidirá sobre os desafios enfrentados pelos profissionais em termos de atualização sobre técnicas que não dominavam. Quanto ao webinar sobre terapêutica inalatória, tem a ver com uma alteração de paradigma. As consultas presenciais que habitualmente tínhamos com os doentes respiratórios, deram lugar a outros formatos de aconselhamento. Por exemplo, passámos a ensinar os doentes a utilizar os seus dispositivos através de zoom, videoconferência ou de WhatsApp.

A Covid-19 teve lugar de destaque no programa científico. Quais foram as principais alterações que a pandemia suscitou no que se refere à Enfermagem de Reabilitação?

Basicamente passou pela inequívoca necessidade de readaptação de todos os profissionais

de saúde a novas dinâmicas e formas de cuidar. Enquanto enfermeiros de reabilitação, é muito diferente cuidarmos dos doentes munidos apenas de máscara cirúrgica, do que fazê-lo totalmente protegidos com EPI (equipamentos de proteção individual). O olhar passou a ser o principal meio de comunicação, quando anteriormente a expressão facial e as mãos eram predominantes, além de as consultas presenciais terem dado lugar às virtuais. A nova realidade, pelas razões que facilmente se depreendem, mostrou que estes doentes evidenciavam até necessidade de maior acompanhamento. As consultas foram adiadas, mas não deixou de haver doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou com asma, entre outras doenças, a precisar do nosso acompanhamento.

Os nossos profissionais estavam capacitados para as diversas terapias de suporte respiratório na abordagem ao doente com Covid-19?

Em termos de competências profissionais, sim, mas foi preciso reajustar os programas de reabilitação respiratória, quer em contexto domiciliário, quer hospitalar. É preciso não esquecer que a pandemia veio limitar o número de doentes agendados e não só. Estavam muito habi-

tuados ao acompanhamento presencial que fazíamos e, de repente, a situação criada pela pandemia fê-los sentir perdidos. Cabe aqui salientar que a Ordem dos Enfermeiros e a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação tiveram, neste contexto, um papel muito relevante, promovendo webinars com o objetivo de dar suporte e capacitar os enfermeiros para enfrentar este inimigo invisível e até então desconhecido. Nota positiva, igualmente, para a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), através da emissão de documentos de orientação.

Foram introduzidos cuidados especiais com vista ao tratamento do doente com Covid-19?

No que concerne especificamente aos enfermeiros de reabilitação, foi necessário reajustar algumas técnicas, que deixaram de poder ser aplicadas como até então. Estou a referir-me, por exemplo, a atos ligados a terapêutica inalatória – aerossóis –, que passaram a estar contraindicados exceto em condições muito específicas e desde que cumprindo todas as indicações da SPP, bem como determinadas técnicas respiratórias.

Como vê o papel da Enfermagem de Reabilitação e como se processa a reabilitação respiratória em doentes ventilados?

Como disse já, essencialmente, houve que reajustar todas as dinâmicas ante uma situação

nova e muito preocupante. O doente com Covid-19, cuja função pulmonar é muito mais suscetível, motivou diversas alterações, quando comparado, por exemplo, com o doente com pneumonia. E, nunca será demais sublinhá-lo, o papel do enfermeiro de reabilitação em cuidados intensivos é da maior relevância.

No que se refere à reabilitação em situação pós-Covid-19, o que destaca?

Basta pensar que mesmo depois de terem alta, findo o período de internamento, o processo

destes doentes não está de modo algum terminado. A infeção por Covid-19 não se encerra com a superação do quadro agudo. O impacto da doença, quer a nível muscular, quer pulmonar, leva muitos doentes, mesmo após a alta, a referir um cansaço extremo, entre outros sintomas. Deste modo, torna-se evidente a necessidade de manter o seu acompanhamento, privilegiando a articulação hospitalar com os cuidados de saúde primários. Estes doentes, depois de terem passado pelos cuidados intensivos e pelo internamento, precisam de reabilitação no domicílio, e o enfermeiro de reabilitação é determinante para a sua recuperação funcional e respiratória.

Quais são os desafios que enfermeiros e doentes enfrentam atualmente?

No contexto de trabalho passa por nos adaptarmos, cada vez mais, às novas realidades que surgiram e vieram para ficar, como a telerreabilitação e a teleconsulta. Por outro lado, há que procurar dar resposta às necessidades reais dos doentes respiratórios e estarmos efetivamente alocados à nossa especialidade, que devemos desenvolver. É ainda fundamental que as entidades organizacionais deem o devido valor ao enfermeiro de reabilitação na abordagem do doente respiratório, e a pandemia veio efetivamente confirmar o papel primordial que o enfermeiro de reabilitação tem em todos os contextos clínicos, hospitalar, cuidados de saúde primários e domiciliários.

As consultas foram adiadas, mas não deixou de haver doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) ou com asma, entre outras doenças, a precisar do nosso acompanhamento

Expectativas e desafios – uma reflexão

O Congresso Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação: “Acrescentar valor, inspirando boas práticas respiratórias”, que se realizou em formato híbrido, de 20 a 22 de abril de 2021, veio reforçar a importância da manutenção da formação na área respiratória. A pandemia Covid-19 trouxe uma nova realidade para a população geral, para os doentes e para os profissionais de saúde, levando a uma necessidade constante de adaptação a situa-

ções inesperadas e difíceis. Os profissionais de saúde mostraram estar à altura deste desafio, conseguindo com muito esforço, resiliência e dedicação superar as dificuldades que iam surgindo dia após dia.

A pneumonia é uma manifestação da infeção por SARS-CoV-2 que, frequentemente, implica um internamento em Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos com necessidade de oxigenioterapia e suporte ventilatório. Por outro



Paula Pinto

Membro da comissão organizadora

lado, evolui muitas vezes para pneumonia organizativa com necessidade de integração em programas de reabilitação respiratória e seguimento e monitorização prolongada em Pneumologia. Além dos cuidados associados à infeção por SARS-CoV-2, a pandemia Covid-19 levou a uma reorganização dos modelos de atendimento hospitalar e a nível dos cuidados de saúde primários para assegurar a manutenção de cuidados de qualidade e excelência a todos os doentes com patologias respiratórias agudas e crónicas.

Os profissionais de saúde mostraram estar à altura deste desafio, conseguindo com muito esforço, resiliência e dedicação superar as dificuldades

Assim, este congresso permitiu, a par de uma atualização científica na área dos cuidados respiratórios em enfermagem de reabilitação, a troca de experiências dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, ao nível da abordagem de doentes Covid e não Covid. Gostaríamos que fosse ainda uma homenagem a todos os profissionais de saúde que, apesar de todas as dificuldades trazidas pela pandemia, continuam a fazer todos os dias o seu melhor para prestar os melhores cuidados aos doentes.



Isabel Saraiva

Presidente da RESPIRA - Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e Outras Doenças Respiratórias Crónicas

Pela melhoria dos cuidados de saúde dos doentes respiratórios

O Congresso Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação realizou-se este ano, e pela primeira vez, em formato virtual. Gostaríamos, por isso, de congratular a ACE – Associação Científica dos Enfermeiros pela resiliência e persistência ao adaptarem o Congresso às condicionantes impostas pela pandemia sem prejuízo da sua realização. É com muito sentido de responsabilidade que a nossa Associação RESPIRA reitera o seu apoio científico a este evento, reconhecendo a sua pertinência e importância para a melhoria dos cuidados de saúde dos doentes respiratórios.

A RESPIRA – Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e Outras Doenças Respiratórias Crónicas é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) fundada há catorze anos por um grupo de pessoas que, apoiando-se no estímulo de diversos médicos pneumologistas, decidiu tomar em mãos a defesa dos seus direitos como doentes, a promoção da saúde respiratória e o acesso aos cuidados de saúde. Atualmente, debate-se pela implementação de programas de reabilitação respiratória, através de recomendações persistentes para o desenvolvimento e acessibilidade a estes programas de intervenção não farmacológica da maior valia para a qualidade de vida do doente. Debaixo deste nome pomposo, a reabilitação respiratória é, na verdade, muito simples. É um ginásio científico, chamemos-lhe assim. Envolve exercício físico coordenado por fisioterapeutas, nutrição, e acompanhamento médico e psicológico. A reabilitação respiratória é um trabalho em equipa que procura ajudar o doente a robustecer o seu sistema respiratório.

Em Portugal, a percentagem de doentes com acesso a programas de reabilitação respiratória está entre os 0,5 e os 2%, números já considerados muito preocupantes

Mas, infelizmente, em Portugal, a percentagem de doentes com acesso a programas de reabilitação respiratória está entre os 0,5 e os 2%, números já considerados muito preocupantes. No entanto, os efeitos da pandemia por Covid-19 agravaram ainda mais a situação.



Luís Negrão

Assessor Médico da Fundação Portuguesa de Cardiologia

Hipertensão arterial

Para que a água possa chegar às nossas casas, é necessário bombeá-la. Os serviços que a distribuem bombeiam-na para a canalização. Basta, assim, abrir a torneira para que possamos, comodamente, saciar a nossa sede. A pressão arterial (PA) é a força com que o sangue circula pelo interior da nossa rede de distribuição, as artérias e veias do nosso corpo. É sob pressão que o nosso “serviço municipalizado”, o nosso coração, consegue “saciar” a sede que têm, em oxigénio e em nutrientes, todas as células do nosso organismo.

A diferença entre a distribuição de água aos nossos domicílios e a distribuição de sangue às nossas células é que o sangue é reaproveitado e regressa ao coração para ser redistribuído, enquanto a água não. É por isso que temos dois valores de pressão arterial: a pressão com que o sangue sai do coração (pressão sistólica ou máxima) e a pressão com que chega ao coração (pressão diastólica ou mínima). A hipertensão arterial (HTA) ocorre quando estas pressões se encontram sistematicamente elevadas.

Em Portugal cerca de 36% da população entre os 25 e os 74 anos é hipertensa e esta proporção é maior nos homens (36,9%) que nas mulheres (32,7%). Entre os 65 e os 74 anos, são cerca de 71,3%. Na maioria dos casos (90%), não há uma causa conhecida para a HTA. Diz-se que a HTA é essencial, mas poucas são as situações em que é possível encontrar uma doença/condição associada. Neste caso, estamos perante uma HTA secundária.

O diagnóstico da HTA nem sempre é fácil uma vez que ela varia com o estado emocional da pessoa. Mais nervosos e ansiosos, mais elevada é a tensão arterial. É por este motivo que, para o diagnóstico, é necessário fazer-se um exame chamado MAPA que significa Medição em Ambulatório da Pressão Arterial. Na prática é andar a “passar” um aparelho que será colocado à cintura, ligado a uma braçadeira colocada no braço e que constantemente mede a nossa pressão arterial. Ao princípio estranha-se, mas depois entranha-se.

Uma vez diagnosticada e medicada (repare-se que não dize-

mos tratada, uma vez que ela irá persistir), é necessário controlá-la. Controlá-la significa medi-la em casa, no centro de saúde, na farmácia e registá-la sempre no mesmo local. Este registo é um complemento importantíssimo para se evitarem as complicações associadas à HTA. Colocar a braçadeira acima da prega do cotovelo, confortavelmente sentado com o braço descansado sobre uma mesa, depois de ter estado cerca de cinco minutos descansado, são algumas recomendações im-

portantes para que a medição tenha algum rigor e que o valor seja verdadeiro.

Ao médico, compete diagnosticar e medicar a tensão arterial. A si, compete-lhe assegurar que o tratamento está a resultar. Será para manter se a sua tensão estiver abaixo dos 140/90. Chegar à consulta do seu médico e mostrar-lhe os valores que tem tido é uma satisfação para si, que a tem controlada, e uma satisfação para o médico, que tem um doente responsável.

Para o diagnóstico,
é necessário fazer-
-se um exame
chamado MAPA que
significa Medição
em Ambulatório da
Pressão Arterial



Ana Clara Silva

Adjunta do Gabinete da Vice-
-Presidência do Governo e dos
Assuntos Parlamentares da Região
Autónoma da Madeira
Enfermeira Gestora
Especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica
Mestre em Saúde Pública
Diploma de Curso de Estudos
Avançados em Saúde Pública na
especialidade de Políticas, Gestão e
Administração da Saúde

A importância da vacinação do adulto dentro e para além do PNV

A vacinação é reconhecida como uma das maiores armas sanitárias. Os resultados de 56 anos de Programa Nacional de Vacinação são ganhos de saúde incomensuráveis. E se antes tinha importância, a vacinação, em particular a do adulto e a dos grupos mais vulneráveis, ganhou ainda maior relevância no atual momento, pois é na eficiência das vacinas contra a COVID-19 que está depositada toda a esperança de resolução da atual crise pandémica. É indubitável o valor das vacinas e das estratégias de vacinação, bem como são igualmente essenciais os vários trabalhos em prol da política de vacinação, desenvolvidos pelas sociedades científicas, pelos

profissionais de saúde ou pelo setor da investigação e desenvolvimento, cujo objetivo é atingir-se uma maior taxa de crianças e adultos vacinados. A par do trabalho técnico e científico realizado em torno das estratégias de vacinação, também a informação estatística em saúde representa um importante barómetro das medidas implementadas e de indicação do rumo a seguir.

Na edição 2021 da publicação “Estatísticas da Saúde”, INE, informação relativa a 2019, o destaque vai para o tema das causas de morte, em que, no conjunto de óbitos de indivíduos residentes em Portugal, foram relevantes as mortes devidas a

doenças do aparelho respiratório (12.218 óbitos), que representaram 10,9% do total de óbitos ocorridos. Neste grupo de doenças, inclui-se a pneumonia, que esteve na origem de 4,2% das mortes ocorridas em 2019 (4.690).

Se outro motivo não houvesse, estes números destacam a importância da vacinação antipneumocócica. Esta afigura-se como a principal forma de proteção das populações em risco para a doença pneumocócica. Neste caso, as vacinas aprovadas e utilizadas para a prevenção da doença na população adulta são a vacina pneumocócica polissacarídica 23 - valente (VPP23) com 23 serotipos, e a vacina pneumocócica conjugada 13 - valente (VPC13) com 13 serótipos. A sua recomendação e gratuidade para os grupos de pessoas com risco acrescido de doença invasiva pneumocócica (DIP) estão definidas na Norma nº 011/2015 da Direção-Geral de Saúde (DGS) de 23/06/2015, atualizada a 06/11/2015.

As estatísticas da saúde trazem-nos outra realidade a não ignorar, o efeito sazonal na mortalidade por doença respiratória. Nas mortes causadas por doenças do aparelho respiratório os meses de inverno representam mais de 30% da mortalidade no ano. Assim, o reforço da prevenção na época gripal, com a administração da vacina padrão contra a gripe é outra das estratégias de vacinação a não descurar, a

alargar e a apoiar. Vincar que a relação estudada entre a gripe e os problemas cardiovasculares define a vacina contra a gripe como também uma vacina contra a doença cardiovascular. A forma grave da gripe surge sobretudo em idosos, doentes crónicos ou imunodeprimidos, grávidas e crianças com menos de três anos, sendo a pneumonia bacteriana secundária e as complicações cardiovasculares e respiratórias as principais causas de morte, mas cumpre aqui ressaltar que os dados disponíveis demonstram que as pessoas vacinadas têm, em todas as faixas etárias, menos 20% de risco de ter um enfarte agudo do miocárdio.

Há alguma apreensão relativamente à próxima época de gripe 2021/2022, que poderá ser mais agressiva, com mais casos de gripe e uma doença mais forte, como consequência de um menor contacto com o vírus na atual época gripal, devido às medidas de proteção COVID-19. Em cima da mesa está a possibilidade de implementação de uma vacinação de dose elevada aplicada aos grupos de risco, nomeadamente aqueles com idade superior a 65 anos, e de uma maior cobertura das restantes vacinas junto de profissionais de saúde e crianças. Como nota final, importa reiterar que a vacinação na idade adulta deve também garantir que os adultos não vacinados contra o tétano devem iniciar esta vacina em qualquer idade.

É indubitável o valor das vacinas e das estratégias de vacinação, bem como são igualmente essenciais os vários trabalhos em prol da política de vacinação



PELA VIDA DE TODOS, O MELHOR DE NÓS.

Acreditamos num mundo onde nenhuma pessoa sofra ou perca a vida por doenças preveníveis pela vacinação.

www.sanofi.pt



SANOFI PASTEUR

MAT-PT-2100367 – 1.0 – 04/2021

SANOFI - Produtos Farmacêuticos, Lda. Empreendimento Lagoas Park, Edifício 7 - 3º Piso 2740-244 Porto Salvo - Portugal. C.R.C. Cascais Tel.: +351 21 358 94 00
Fax: + 351 21 358 94 09 - Pessoa Colectiva nº 500 134 960 Capital Social €26.815.015,00



Miguel Ribeiro Oliveira

Médico Interno Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

Consulta de Técnica Inalatória nos CSP – o que mudou no *novo normal*?

As doenças respiratórias crónicas obstrutivas, como a asma e DPOC, pelo aumento da sua prevalência, têm-se afigurado como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade mundiais e nacionais. Este facto deve-se à melhoria do seu diagnóstico clínico e espirométrico ao nível dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, sem um correspondente seguimento dos utentes diagnosticados pelo médico e enfermeiro de família.

A via inalatória é a forma preferencial para a atuação de fármacos no tratamento da asma e DPOC. Existem diversos tipos de dispositivos inalatórios, diferindo nas suas características físicas e mecânica de funcionamento, estando-lhes associada uma baixa adesão terapêutica e uma elevada taxa de erros decorrente do seu uso. Uma técnica inalatória ineficaz determina um mau controlo clínico, com desfechos clínicos indesejáveis, incluindo menor qualidade de vida, agudizações da patologia de base e internamentos mais frequentes. Daqui decorre que uma técnica inalatória com qualidade é indispensável ao utente com doença respiratória

obstrutiva, sendo a aprendizagem da mesma essencial.

No atual contexto pandémico SARS-CoV-2, o ensino e a revisão da técnica inalatória encontram-se limitados pela obrigato-

riedade sanitária do uso contínuo de máscara como equipamento de proteção individual. A correta observação da técnica inalatória é essencial para o cumprimento dos objetivos específicos da con-

A correta observação da técnica inalatória é essencial para o cumprimento dos objetivos específicos da consulta de técnica inalatória, nomeadamente para a adequação do dispositivo ao utilizador

sulta de técnica inalatória, nomeadamente para a adequação do dispositivo ao utilizador.

Atualmente, a consulta é realizada num modelo de assistência presencial, a cargo de um médico e de uma enfermeira com formação individual e coletiva na área da técnica inalatória. A consulta está organizada em função da revisão da técnica inalatória do utente (observada ou simulada) e da sua correção, através de indicações verbais, materiais didáticos audiovisuais didáticos e teatralização da técnica inalatória correta com recurso a dispositivos placebo. O ensino persiste até que o utente compreenda e corrija os seus erros.

Nesta consulta, são ainda avaliadas características sociodemográficas e clínicas dos utentes, numa perspetiva de acompanhamento transversal e longitudinal da saúde dos utentes, alinhada com a visão holística e missão humanista dos Cuidados de Saúde Primários.

Num contexto pós COVID-19, será necessário recuperar o acompanhamento dos utentes com doença respiratória crónica cujo seguimento ficou comprometido pelas restrições pandémicas. A organização dos Cuidados de Saúde Primários em torno da doença respiratória é um passo fundamental para o cumprimento desta premissa.



Jaime Melancia
Presidente da PSOPortugal

Os doentes com psoríase estão cientes dos benefícios da vacinação

Numa fase inicial da pandemia, foram importantíssimos os esclarecimentos do Grupo Português de Psoríase da SPDV [Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia], que ajudaram a tranquilizar os doentes com psoríase, nomeadamente nos casos moderados-a-graves sob terapêutica biológica/não-biológica, no sentido de que não corriam um risco acrescido

de serem infetados pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

Tal como sucedeu com outras patologias, também se verificou nos doentes psoriáticos um receio generalizado de deslocações aos hospitais para as consultas e para o levantamento da medicação de fornecimento hospitalar, como são os medicamentos biológicos. Neste aspeto, a PSOPortugal esteve en-

volvida na “Operação Luz Verde”, juntamente com outras associações de doentes e com o apoio da Associação Nacional das Farmácias, para que estes medicamentos pudessem ser dispensados na farmácia comunitária mais próxima da casa do doente. Do sucesso desta ação resultou a formação de um grupo de trabalho liderado pelo Infarmed, de modo a que este serviço seja normalizado fora do contexto da pandemia e em todo o país.

A PSOPortugal tem veiculado junto dos seus associados e através das redes sociais todas as informações relevantes e cientificamente sustentadas que digam respeito não só aos doentes psoriáticos, mas à população em geral, procurando fazê-lo de uma maneira facilmente perceptível, sem alarmismos e com responsabilidade.

Apesar da possibilidade de a vacinação contra a COVID-19 poder ser menos eficaz em doentes sob terapêutica sistémica imunomoduladora/imunossupressora, mantém-se a sua indicação para estes doentes: a proteção é superior à não-vacinação; se infetado, reduz o risco de hospitalização e complicações graves, acelera a recuperação e diminui o risco de contágio a outras pessoas. Adicionalmente, deve

ser indicado aos doentes que, mesmo após completada a vacinação, deverão ser mantidas as medidas de proteção de contágio, uma vez que a imunização não é imediata. Alguns doentes poderão questionar o possível efeito da vacina na gravidade da sua doença. Não há evidência de que a vacinação (em geral) se associe a agravamento ou aparecimento de psoríase. Por isso, tal não é expectável que aconteça com esta vacinação.

Acreditamos que a maioria da população, incluindo os doentes com psoríase, está ciente dos benefícios da vacinação, seja qual for a vacina. Esperamos que as metas do plano de vacinação vão sendo atingidas e que a imunidade de grupo seja alcançada no tempo previsto.

Naturalmente procuramos passar uma mensagem de otimismo relativa à evolução da pandemia. Apesar dos contratempos do início do ano, muito resultantes da estirpe inglesa, mas que foram ultrapassados, cremos que estamos no caminho certo.

Há que retomar as consultas e seguir a terapêutica indicada pelo médico, manter um estilo de vida saudável e continuar a seguir à risca as recomendações da Direção-Geral da Saúde.

Alguns doentes poderão questionar o possível efeito da vacina para a COVID-19 na gravidade da sua doença. Não há evidência de que a vacinação (em geral) se associe agravamento ou aparecimento de psoríase



Cristina Boaventura

Enfermeira no Hospital de Dia
do Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra

“Oferecer apoio através de uma adequada revelação da informação é uma das estratégias fundamentais dos cuidados de suporte ao doente hematológico”

“Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada para uma maior capacitação dos doentes na gestão eficaz dos regimes terapêuticos, não só pelas competências que possuem, como pela proximidade aos doentes e familiares”. Esta é a visão de Cristina Boaventura, enfermeira no Hospital de Dia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Em entrevista, aborda os desafios do tratamento e acompanhamento do doente com cancro, as novas terapêuticas e o papel das associações de doentes na facilitação da atividade prática.

Que desafios identifica no tratamento e acompanhamento do doente com Linfoma B Difuso em recaída?

Os desafios são múltiplos, pois não existem dimensões na vida da pessoa que não sejam afetadas com esta notícia. Apesar dos avanços significativos das ciências médicas e farmacológicas dos últimos anos, lidar com um diagnóstico de Linfoma B Difuso em recaída ainda é um desafio diário para a equipa clínica. À medida que a doença evolui, o seu impacto negativo é maior. O confronto com a mortalidade tem repercussões importantes nas expectativas dos doentes e famílias.

Isto pode provocar sobrecarga emocional suscetível de desencadear mudanças drásticas de papéis, alterações de atitudes e/ou comportamentos no confronto de (novos) problemas de adaptação e readaptação a esta nova realidade. É necessário que a pessoa consiga desenvolver novas competências que lhe permitam lidar eficazmente com as circunstâncias adversas da sua vida, facilitando a adaptação a uma nova situação adversa potencialmen-

Os enfermeiros continuam a desenvolver conhecimentos, competências e aptidões que lhes permitam adotar novas metodologias capazes de promover a gestão, a aceitação e consequente adesão ao regime terapêutico

te indutora de stress derivada das reações humanas à doença grave. Tal pode acarretar sequelas emocionais de forte impacto no funcionamento global do indivíduo e com necessidade de ajustamentos psicossociais significativos, como, por exemplo, adaptação, aceitação e ajuste ao desenvolvimento de sintomas secundários decorrentes dos próprios tratamentos. Nalguns casos interrupção de atividade profissional, que, entretanto, se tinha retomado com os respetivos acréscimos e dificuldades económicas, desenvolvendo emoções de medo (medo da morte) e podendo surgir sentimentos de culpa. A complexidade deste quadro clínico e dos respetivos protocolos terapêuticos impõe aos profissionais de saúde uma avaliação multidisciplinar e sistemática do risco da não adesão ao regime medicamentoso, na qual o enfermeiro, de acordo com as suas competências técnicas e científicas específicas, assume um papel primordial. Perante tudo, isto é, de extrema importância o trabalho de equipa. Equipas de enfermagem

especializadas e altamente competentes que trabalham em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, com o propósito de melhorar e rentabilizar os cuidados prestados a estes doentes. Neste sentido, os enfermeiros continuam a desenvolver conhecimentos, competências e aptidões que lhes permitam adotar novas metodologias capazes de promover a gestão, a aceitação e consequente adesão ao regime terapêutico.

Nesta perspetiva, todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de ajudar os doentes a viverem com a doença e a prevenirem complicações são atividades consideradas promotoras da adaptação a esta nova realidade.

No momento atual, os doentes apresentam o mesmo tipo de necessidades de apoio logístico ou houve alguma alteração nestes últimos 10 anos?

O expectável aumento de doentes com patologia oncológica “obriga” necessariamente a uma adaptação dos serviços de saúde às necessidades e expectativas reais da pessoa. O cancro continua a ser uma das doenças mais temidas, com grande impacto no doente e sua família, desencadeando sofrimento psicológico e emocional significativo. Ter conhecimento de uma doença oncológica (ou de uma recidiva) constitui sempre um momento trágico para o doente e para a sua família. O acompanhamento psicológico revela-se vital nesta fase, pois possibilita ao doente e à família que se confrontem com as suas emoções, trabalhando-as depois no sentido de as resolver.

Oferecer apoio através de uma adequada revelação da informação é uma das estratégias fundamentais dos cuidados de suporte ao doente hematológico.

A importância da informação a fornecer a cada doente é reconhecida. Cada membro da equipa de saúde tem um papel na transmissão desta informação, cabendo ao médico informar sobre o diagnóstico, prognóstico e estratégia terapêutica, e ao enfermeiro informar sobre os cuidados a prestar, os efeitos da terapêutica e a educação inerentes aos cuidados de manutenção, conforto e promoção da autonomia funcional. O enfermeiro assume um papel importante na influência da forma como o doente pode reter, compreender e interpretar a informação, promovendo a clarificação da informação e, se necessário, adequá-la em função das necessidades e expectativas de cada pessoa.

Neste sentido, o fornecimento de informação escrita ou oral, de material audiovisual e de programas individuais ou de grupo, através dos meios digitais disponíveis, torna-se essencial no apoio ao doente e sua família.

Na sua opinião, as novas terapêuticas, nomeadamente Polatuzumab Vedotina, têm vindo a responder não só às questões de benefício clínico, mas também às de bem-estar e qualidade de vida do doente?

O diagnóstico de cancro ou de uma recaída tem um impacto significativo na pessoa, nomeadamente a nível psicológico, no seu bem-estar emocional e social e na qualidade de vida. A maioria das pessoas percebe intuitivamente o que é qualidade de vida. Ou seja, as pessoas tendem a relacionar qualidade de vida com o “sentir-se bem”. O conceito de qualidade de vida compreende vários aspetos, nomeadamente, a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Qualidade de vida e saúde são termos indissociáveis.

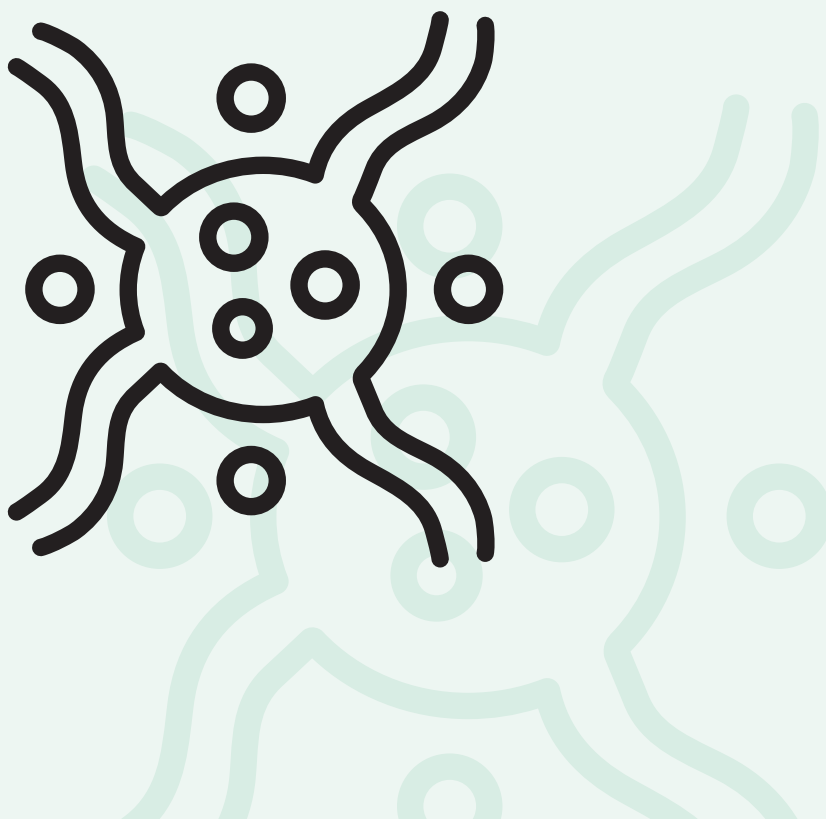
Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada para uma maior capacitação dos doentes na gestão eficaz dos regimes terapêuticos, não só pelas competências que possuem, como pela proximidade aos doentes e familiares.

Durante o tratamento, alguns cuidados devem ser tomados para promover o bem-estar do doente e evitar o risco de alguma infeção, além de prevenir ou minimizar possíveis reações adversas.

O conhecimento é a base do desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas que contribuem para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. Ter disponível um novo medicamento que permite o tratamento da doença é sempre um marco único pois a inovação transforma a vida dos doentes. Cria um impacto positivo na vida da pessoa e assegura que o doente tenha a oportunidade de usufruir de uma vida mais longa e com mais qualidade de vida.

O que mais a preocupa na sala de tratamentos do Hospital de Dia relativamente à Polatuzumab Vedotina? As reações adversas, a ansiedade dos doentes e cuidadores? A dificuldade em gerir o número de cadeiras e o tempo dos tratamentos?

Atualmente, é possível ter a maioria dos doentes a realizar o tratamento em regime de Hospital de Dia, sem necessidade de internamento, com todos os sinais psicológicos e físicos que um internamento pode acarretar. Realizar tratamento no Hospital de Dia permite ao doente regressar a casa após algumas horas, para des-



O enfermeiro assume um papel importante na influência da forma como o doente pode reter, compreender e interpretar a informação, promovendo a clarificação da informação e, se necessário, adequá-la em função das necessidades e expectativas de cada pessoa

cansar e estar em família. O que todos queremos, e trabalhamos diariamente nesse sentido, é que a estadia em Hospital De Dia seja o estritamente necessário no cumprimento do plano terapêutico, sem desperdício de tempo para o doente e familiar/cuidador que o acompanha. Neste sentido, o enfermeiro avalia e planeia um conjunto de intervenções centradas, não só na pessoa, mas em todo o núcleo familiar, já que este pode ajudar no desenvolvimento das estratégias de coping mais eficazes e ajustadas à sua situação. Esta intervenção deve ser feita no sentido de determinar o impacto de emoções negativas sobre o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, desenvolvendo planos de intervenção devidamente estruturados e ajustados às necessidades de cada um.

É crucial que a organização da intervenção de enfermagem inclua a avaliação dos potenciais efeitos da terapêutica oncológica, tendo sempre em vista a segurança do doente durante a sua administração e capacidade de gerir de forma eficaz e atempada as reações adversas. Durante o tratamento, alguns cuidados devem ser tomados para promover o bem-estar do doente e evitar o risco de alguma infeção, além de prevenir ou minimizar possíveis reações adversas.

A monitorização sistemática dos efeitos secundários e a validação do ensino (psicoeducação) permitem estabelecer intervenções de enfermagem mais eficientes e eficazes, traduzindo-se numa melhor adesão, contribuindo ainda para a melhoria da qualidade de vida. Daí advém a importância do papel do enfermeiro na administração das terapêuticas e a

necessidade de respeitar as normas de administração destas formulações, de forma a garantir a adequada eficácia e segurança destes tratamentos.

É também importante que se perceba que cuidar de pessoas com cancro exige dos cuidadores uma dedicação total e conhecimentos que, muitas vezes, não conseguem providenciar. O medo de perder o doente/familiar, as reações psicológicas que resultam da recaída e dos tratamentos aos quais o doente tem de se submeter e a forma de enfrentar e lidar com as adversidades são aspetos que cada enfermeiro deve ter em conta na sua atuação. A formação especializada é essencial, porque só assim poderão dar a resposta mais adequada a todas as necessidades do doente ao longo de todo o processo.

Qual tem sido o papel da indústria farmacêutica no apoio à prática profissional?

A inovação farmacológica, através da introdução de novas abordagens terapêuticas, para situações que anteriormente não tinham resposta, exige conhecimentos e atualizações na prática diária profissional. Esta obtém-se fundamentalmente da sinergia e proximidade com a indústria farmacêutica na obtenção do conhecimento das novas formulações, o que permite um conhecimento mais célere dos efeitos adversos e a sua correta gestão. Só com o conhecimento integral se podem providenciar as melhores intervenções ao doente e família. As formações proporcionadas, o material disponibilizado, quer para doentes quer para profissionais, incrementa eficácia e adesão às respostas terapêuticas disponíveis a dar ao doente.

Como seria o futuro do Hospital de Dia se houvesse recursos humanos e financeiros ilimitados?

Esse é o cenário ideal e, por defeito do próprio conceito, o ideal é impossível de atingir; no entanto podemos aproximar-nos o mais possível dele. Cuidar da pessoa com doença oncológica é um processo em que a equipa clínica tem o dever de se envolver. É imprescindível que o enfermeiro desempenhe o seu papel, demonstrando as suas competências e saberes necessários, adaptando essa ajuda às circunstâncias e condições do doente e família.

Numa visão sistémica, deve ter a possibilidade de prestar os mais variados serviços no domicílio do doente oncológico e respetiva família, de modo a assegurar uma resposta adequada e atempada a todas as suas necessidades, independentemente do estágio da doença no seu ambiente familiar. Na minha opinião, é um aspeto crucial a ser desenvolvido nos nossos serviços de saúde.

Também a componente de acompanhamento psicológico a familiares e/ou cuidadores dos doentes com cancro é essencial pois um cuidador devidamente informado e treinado pode prevenir complicações e, simultaneamente, conseguir gerir melhor a descompensação de sintomas sem necessidade de intervenção imediata da equipa multidisciplinar. Para isso torna-se necessário desenvolver e capacitar o cuidador de conhecimentos aprofundados sobre diversas áreas como alimentação, tratamentos que são realizados, manuseamento de dispositivos para gestão de dor, gestão de náuseas, vómitos e diarreia e atividades recomendadas face ao estágio da doença.

Qual o papel das associações de doentes na facilitação da sua atividade prática?

Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de capacitar as associações de doentes, pois os doentes podem e devem recorrer às diferentes associações para conhecer outras pessoas na mesma situação e onde podem partilhar experiências. Este tipo de associações estimula um espírito de ajuda, em que todos contribuem e fornecem as ferramentas necessárias de autoajuda.

Existem aspetos cruciais do papel das associações de doentes na sociedade. Estas assumem um papel das associações importante na defesa dos interesses das pessoas que representam, capacitando-as para as tomadas de decisão bem como o seu contributo é importante no apoio a situações socioeconómicas mais complicadas e informando os doentes sobre todos os seus direitos.

Representam assim uma mais-valia para os doentes, cuidadores e familiares, mas também para os profissionais de saúde no acompanhamento dos seus doentes, com o desenvolvimento de parcerias de cooperação na abordagem da defesa do doente.

Mais 1 ano para te abraçar¹

Para doentes com Linfoma Difuso
de Grandes Células B R/R

Não elegíveis para transplante
de células estaminais²



Polivy 30 mg pó para concentrado para solução para perfusão. Cada frasco para injetáveis de pó para concentrado para solução para perfusão contém 30 mg de polatuzumab vedotina. Após reconstituição, cada ml contém 20 mg de polatuzumab vedotina.

Polivy 140 mg pó para concentrado para solução para perfusão. Cada frasco para injetáveis de pó para concentrado para solução para perfusão contém 140 mg de polatuzumab vedotina. Após reconstituição, cada ml contém 20 mg de polatuzumab vedotina.

Excipientes: Ácido succínico, Hidróxido de sódio, Sacarose, Polissorbato 20 (E 432). **Indicações terapêuticas:** Polivy em associação com bendamustina e rituximab é indicado no tratamento de doentes adultos com linfoma difuso de grandes células B recidivante/refratário, que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas. **Posologia:** A dose recomendada de Polivy é de 1,8 mg/kg, administrada por perfusão IV, a cada 21 dias, em associação com bendamustina e rituximab durante 6 ciclos. Polivy, bendamustina e rituximab podem ser administrados por qualquer ordem no Dia 1 de cada ciclo. Quando administrada com Polivy, a dose recomendada de bendamustina é de 90 mg/m²/dia no Dia 1 e 2 de cada ciclo e a dose recomendada de rituximab é de 375 mg/m² no Dia 1 de cada ciclo. Não é recomendado exceder a dose de 240 mg/ciclo de Polivy. Caso o doente não esteja já pré-medicado, antes da administração de Polivy, deve ser-lhe administrado um anti-histamínico e um anti-pirético. **Omissão de doses:** Se houver omissão de uma dose planeada esta deve ser administrada logo que possível e o esquema de administração deve ser ajustado para manter um intervalo de 21 dias entre doses. **Modificações de dose:** A taxa de perfusão de Polivy deve ser diminuída ou interrompida se o doente tiver uma reação relacionada com a perfusão (RRP). Polivy deve ser imediatamente e permanentemente descontinuado se o doente tiver uma reação potencialmente fatal. Consultar RCM para modificações de dose por neuropatia periférica, mielossupressão e/ou RRP. **Populações especiais:** Não é necessário ajuste de dose nos doentes com idade ≥ 65 anos, nem com depuração da creatinina (CICr) ≥ 30 ml/min. Deve ser evitada a administração de Polivy em doentes com compromisso hepático moderado ou grave. Não é necessário ajuste da dose inicial em doentes com compromisso hepático ligeiro. A segurança e eficácia de Polivy em crianças e adolescentes com < 18 anos não foram estabelecidas. **Modo de administração:** A dose inicial deve ser administrada como uma perfusão IV de 90 minutos. Os doentes devem ser monitorizados quanto ao aparecimento de RRP/hipersensibilidade, durante a perfusão e por pelo menos 90 minutos após a conclusão da dose inicial. Se a perfusão anterior for bem tolerada, a dose seguinte pode ser administrada como uma perfusão IV de 30 minutos e os doentes devem ser monitorizados durante a perfusão e por pelo menos 30 minutos após a sua conclusão. Polivy tem que ser reconstituído e diluído usando técnica asséptica, sob supervisão de um profissional de saúde. Deve ser administrado como uma perfusão IV através de um sistema de perfusão individualizado, equipado com cateter e um filtro em linha ou complementar (com poro de 0,2 ou 0,22 μm), estéril, apirrogénico, de baixa ligação às proteínas. Polivy não deve ser administrado como uma injeção IV rápida ou bólus. Para instruções de reconstituição e diluição do medicamento antes da administração, consultar RCM. Polivy contém um componente citotóxico que está ligado covalentemente ao anticorpo monoclonal. Seguir os procedimentos de manuseamento e eliminação aplicáveis. Para mais informação consultar o RCM. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais:** Deve determinar-se a contagem de células sanguíneas antes de cada dose de Polivy. Deve considerar-se uma monitorização laboratorial mais frequente e/ou adiamento ou descontinuação da administração de Polivy em doentes com neutropenia e trombocitopenia de Grau 3 ou 4. Os doentes devem ser monitorizados quanto ao aparecimento de sintomas de neuropatia periférica, e quando surja ou haja agravamento da neuropatia periférica, podem precisar de um adiamento, redução da dose ou descontinuação de Polivy. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados durante o tratamento quanto ao aparecimento de sinais de infeção bacteriana, fúngica ou viral, e devem procurar aconselhamento médico se surgirem sinais e sintomas. Deve considerar-se profilaxia anti-infecciosa, durante o tratamento com Polivy, e este não deve ser administrado na presença de uma infeção grave ativa. Em doentes que desenvolvam infeções graves, Polivy e qualquer quimioterapia concomitante devem ser descontinuados. Polivy não foi avaliado em doentes com VIH. Não devem ser administradas vacinas vivas ou vivas atenuadas concomitantemente com o tratamento. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados quanto ao aparecimento ou agravamento de alterações neurológicas, cognitivas ou comportamentais sugestivas de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP). Polivy, e qualquer quimioterapia concomitante, devem ser suspensos em caso de suspeita de LMP e definitivamente descontinuados se o diagnóstico for confirmado. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados quanto ao aparecimento de síndrome de lise tumoral durante o tratamento, e antes devem ser instituídas as medidas adequadas de profilaxia. Antes da administração de Polivy, deve ser administrado um anti-histamínico e um anti-pirético e os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados durante a perfusão. Se ocorrer uma RRP, a perfusão deve ser interrompida e deve-se instituir um controlo médico adequado. Polivy pode ser prejudicial para o feto quando administrado a uma mulher grávida. Mulheres com potencial para engravidar devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento e até pelo menos 9 meses após a última dose. Doentes do sexo masculino com parceiras com potencial para engravidar devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento e até pelo menos 6 meses após a última dose. Homens a ser tratados com Polivy são aconselhados a armazenar e conservar amostras de esperma antes do tratamento. Os ensaios clínicos de Polivy não incluíram número suficiente de doentes com ≥ 65 anos para determinar se estes respondem de forma diferente comparados com doentes mais jovens. Devem monitorizar-se os níveis das enzimas hepáticas e de bilirrubina. Para mais informação consultar o RCM. **Interações:** Recomenda-se precaução no tratamento concomitante com um inibidor do CYP3A4. Doentes que recebam concomitantemente inibidores potentes do CYP3A4 (ex. boceprevir, claritromicina, cobicistate, indinavir, itraconazol, nefazodona, nelfinavir, posaconazol, ritonavir, saquinavir, telaprevir, telitromicina, voriconazol) devem ter uma vigilância mais apertada. Indutores potentes do CYP3A4 (ex. rifampicina, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, hipericão [*Hypericum perforatum*]) podem diminuir a exposição a MMAE não conjugado. Para mais informação consultar o RCM. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas mais frequentes foram: anemia, trombocitopenia, neutropenia, diarreia, náuseas e neuropatia periférica. As reações adversas graves mais frequentes foram: neutropenia febril, sépsis, RRP, pneumonia e pirexia. As reações adversas que levaram a descontinuação do regime de tratamento em > 5% dos doentes foram trombocitopenia. A reação adversa que levou a descontinuação do tratamento em > 5% dos doentes foi trombocitopenia. Para mais informação consultar o RCM.

Data de revisão do texto: dezembro de 2020. Consulte o RCM completo em <https://rcm.roche.pt/polivy>.

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249 1, 2720 413 Amadora. NC 500233810.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. As suspeitas de reações adversas poderão ser notificadas à Roche (telefone: 214257000; email: amadora.farmacovigilancia@roche.com) ou ao INFARMED, I.P. (<http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissao> (preferencialmente) ou telefone 217987373; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); email: farmacovigilancia@infarmed.pt; mais informações disponíveis em www.infarmed.pt).

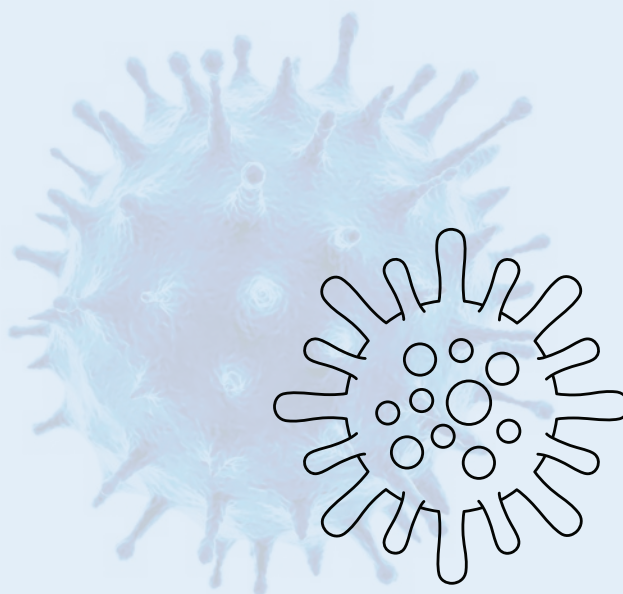


Rosa Oliveira

Enfermeira especialista em
Enfermagem Médico-cirúrgica no
GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar
de Vila Nova de Gaia/Espinho

“A formação nunca se revelou tão fundamental”

A gestão da pandemia trouxe para o vocabulário dos portugueses expressões que, pelos melhores motivos, tornaram-se lugares-comuns. E ainda bem. Para que, tão cedo, não esqueçamos o que é estar, de corpo e alma, na tão falada e sofrida linha da frente. No âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram criados os Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Mais do que designação grande, razão bastante, esta que nos leva ao encontro da enfermeira Rosa Oliveira, responsável pelo grupo GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. O ter de lidar com um desconhecido (o SARS-CoV-2) foi, confessa, um dos maiores desafios da sua carreira.



Refletindo, genericamente, sobre a gestão da pandemia, como avalia o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)?

Antes da identificação dos primeiros casos em Portugal, a Direção-Geral da Saúde [DGS] emitiu orientações referentes a viajantes provenientes de áreas de risco. Nas semanas que seguiram o aparecimento de casos foram tornadas públicas normas e orientações, o Plano de Contingência para a COVID-19 e acionada a resposta de Saúde Pública. Mas emergência e a rápida disseminação nacional e internacional do novo coronavírus (SARS-CoV-2) lançou desafios inesperados a todas as instituições de saúde e, em particular, aos Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA]. Nenhum país, sistema de saúde ou instituição estava preparado para uma pandemia com esta dimensão e repercussão. E, apesar do desenvolvimento dos sistemas de saúde nas últimas décadas, esta crise

submeteu-nos a um importante e, em larga medida inesperado, teste difícil, com elevada pressão psicológica sobre todos, principalmente os profissionais de saúde. O desconhecido ultrapassava o conhecimento científico na 1.ª fase pandémica, dificultando a abordagem, e foi necessária perseverança e resiliência por parte do GCL-PPCIRA para inovar rapidamente com enfoque nas metodologias rigorosas de contenção e de controlo de infeção, permitindo e criando condições de segurança para os profissionais de saúde e doentes, diminuindo gradualmente o medo, o risco de exposição ao agente infeccioso e de contrair doença. Também a insegurança e o receio de ficar infetado

e transmitir aos familiares próximos era grande por parte de todos, e as notícias e as redes sociais tiveram um forte impacto na fase inicial, na vida de todos nós, perante este inimigo invisível, mas bem real.

Em termos de medidas adotadas, quais destacaria pelo seu impacto positivo?

A rápida capacidade de organização e adaptação das diferentes equipas de profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e os assistentes operacionais das diversas especialidades, que foram muito proativas na reorganização dos cuidados: reorganizaram as suas atividades, focaram-se em manter o seu contacto

O desconhecido ultrapassava o conhecimento científico na 1.^a fase pandémica, dificultando a abordagem e foi necessária perseverança e resiliência por parte do GCL-PPCIRA para inovar rapidamente com enfoque nas metodologias rigorosas de contenção e de controlo de infeção, permitindo e criando condições de segurança para os profissionais de saúde e doentes, diminuindo gradualmente o medo, o risco de exposição ao agente infeccioso e de contrair doença

com os utentes e reinventaram-se para definir e implementar novas respostas para continuar a assegurar a qualidade dos cuidados. Considerando a necessidade de reorganização dos serviços para uma eficaz resposta a pessoas com COVID-19 e com outras patologias não-COVID, em segurança, concretizaram-se alterações de circuitos, de procedimentos; tudo em benefício da reestruturação e redefinição dos diferentes espaços físicos para acolher doentes COVID. As intervenções e cuidados de enfermagem foram fulcrais na organização e bom desempenho do hospital face à pandemia. Houve, inclusive, uma melhoria nos sistemas

de comunicação e articulação com outros serviços e equipas. E da consciencialização da importância das medidas de controlo de infeção, o que reforça a necessidade de conservação e investimento nalgumas destas intervenções e medidas no futuro.

No plano concreto da vossa atuação, que papel cabe aos enfermeiros GCL-PPCIRA e que dizer do seu desempenho?

O papel de um enfermeiro de controlo de infeção [ECI] é o de um fio condutor no seio de um grupo multidisciplinar, que pelo seu conhecimento do “terreno” tem uma visão mais alargada e facilmente se adapta a novas exigências e desafios. Este último ano permitiu-me desenvolver a capacidade de resiliência, quer a nível profissional quer pessoal. Lidar com esta pandemia implicou mudanças constantes no funcionamento e na reorganização dos diferentes serviços, nas quais estivemos sempre presentes de forma a assegurar a segurança do utente e da própria equipa de saúde, mas nunca pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados. O nosso trabalho foi diário, de acompanhamento das diferentes equipas no terreno, apoiando nas suas dificuldades e constrangimentos bem como colaborar nos seus processos formativos “in loco” e muitas vezes integramos as equipas para a prestação direta de cuidados aos doentes COVID. O trabalho interdisciplinar, a comunicação, o espírito de equipa foram fundamentais para se ultrapassar os obstáculos que foram surgindo encontrando-se soluções estratégicas para enfrentar e superar as adversidades com sucesso, sendo este processo ainda continuo. O saber lidar com um desconhecido (o SARS-CoV-2) foi sem dúvida um dos maiores desafios da minha carreira profissional como ECI.

Gestão de crise convoca, em qualquer circunstância, a atuar de acordo com linhas de orientação bem definidas. No vosso caso, como idealizaram os planos de contingência?

Em consonância com o Gabinete de Crise, definiu-se um plano estratégico por níveis e diferentes áreas de atuação. Na primeira vaga, com suspensão dos cuidados de saúde pre-senciais, justificada numa fase inicial de alarme

e necessidade de reorganização de circuitos e revisão de procedimentos. O GCL encetou múltiplos contactos institucionais para fazer ouvir a sua voz e fazer chegar aos decisores os seus contributos, identificando necessidades, propondo soluções e advogando a implementação de medidas que só uma colaboração estreita de todos os decisores poderia assegurar as respostas necessárias. Tornou-se imperativo reformular a forma como vivíamos diariamente o hospital.

Como se adaptaram à nova realidade? Houve ações de formação, por exemplo, sobre desinfeção dos espaços, uso dos equipamentos de proteção individual?

A formação nunca se revelou tão fundamental. E foi exaustiva por parte do GCL-PPCIRA junto dos diferentes grupos profissionais de saúde; mesmo antes do início da pandemia, já tínhamos encetado a formação dos nossos profissionais. Para delinear estas ações, seguiu-se a estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), nomeadamente a colocação e circulação do doente COVID-19; que EPI utilizar e qual a sequência de os colocar e remover em segurança; reforço da prática da higiene das mãos e de utilização de solução antisséptica de base alcoólica (reforço dos pontos de desinfeção em locais estratégicos por todo o

Também a insegurança e receio de ficar infetado e transmitir aos familiares próximos era grande por parte de todos, e as notícias e as redes sociais tiveram um forte impacto na fase inicial, na vida de todos nós, perante este inimigo invisível, mas bem real

hospital); reforço das medidas de etiqueta respiratória para todos os colaboradores e educação dos doentes; sempre valorizando a importância da higienização ambiental e da utilização correta dos produtos de limpeza e desinfecção. Neste contexto, foram concebidos novos planos de higiene ambiental em âmbito COVID, com indicações sobre como descontaminar equipamento clínico, enfermarias, circuitos de doentes, durante a pandemia; como manusear a roupa de forma segura; como recolher em segurança os resíduos hospitalares e como agir perante a exposição aos agentes microbianos no local de trabalho. Foram envolvidas e formadas as equipas de limpeza da empresa externa prestadora deste serviço, bem como as equipas externas de distribuição da alimentação.

Em relação a EPI e dispositivos médicos, os profissionais de saúde têm estado sempre bem protegidos?

Na fase inicial pandémica houve dificuldades em obter EPI com a qualidade exigida e na quantidade necessária. Tanto para o GCL-PPCIRA como para o próprio Serviço de Aproveitamento, o fornecimento dos EPI aos nossos profissionais constituiu um desafio diário. Mas foi ultrapassado, ao ser possível estruturar, organizar equipas e processos e cuidar dos profissionais que estavam na linha da frente. O permanente acompanhamento das equipas no terreno pelo GCL-PPCIRA, saber das suas dificuldades, dos seus constrangimentos, ajudar a equipar e desequipar-se, esclarecer as suas dúvidas, ficou a dever-se à colaboração e empenho de todos. E, assim, conseguiu-se superar esta fase.

Este tema da gestão da pandemia suscita-lhe outra observação que entenda pertinente?

O conjunto de medidas tomadas pelo Governo, a reorganização da resposta do SNS [Serviço Nacional de Saúde] e a implementação de políticas de restrição ao movimento e contacto entre cidadãos, bem como a resposta da sociedade, contribuíram para que Portugal tivesse indicadores sugestivos de uma resposta adequada à fase inicial da pandemia. O sistema de saúde, e muito em particular o SNS, com a prontidão generalizada dos seus profissionais e a sua reorganização funcional, permitiu uma preparação e resposta adequadas até ao pico pandémico e nos meses subsequentes. Considero que todos, e inclusive a sociedade civil, não estavam suficientemente preparados para enfrentar esta emergência de saúde pública como a COVID-19. Já previamente à pandemia era urgente apostar em ações de prevenção, de promoção da saúde, incluindo medidas para o aumento da literacia em saúde e políticas

que facilitassem a adoção de comportamentos saudáveis, que promovessem a resiliência e a capacitação da população. Penso que, futuramente, iremos vivenciar uma necessidade de cuidados de saúde diferente devido às consequências pela infeção por SARS-CoV-2, pelo que temos de estar preparados para o que aí vem. No entanto, o sucesso só será conseguido com o trabalho conjunto de todos, em que o cidadão, individualmente, tem de ter um papel proativo para o bem comum, o que muitas vezes não se verifica. O cidadão demite-se do seu papel na promoção da sua saúde e prevenção da doença, e atribui essa responsabilidade aos profissionais de saúde. Esta pandemia tem demonstrado o papel essencial da comunicação e do envolvimento dos cidadãos para uma maior efetividade das medidas tomadas. Esta pandemia veio, sem dúvida, pôr a “nu” a importância de todos no processo de controlo e possível término da mesma, demonstrando que só com um reconhecimento e maior investimento no SNS poderemos assegurar cuidados de saúde necessários a todos os cidadãos. Ainda assim, surgiram novas oportunidades que poderão (e deverão) manter o seu lugar na saúde. Pela sua

importância, destaco o conhecimento e atualização constante sobre a infeção pelo novo coronavírus e doença COVID-19 e informação aos profissionais e população em geral; a implementação massiva das medidas de controlo de infeção, com atenção contínua às PBCI [Precauções Básicas de Controlo da Infeção]; o trabalho multidisciplinar sempre, desde as equipas no terreno até aos órgãos de gestão; a gestão e atenção ao trabalho das equipas, com envolvimento das mesmas nos processos de melhoria organizacionais. Outra intervenção de valor dedicada aos profissionais de saúde do CHVNG/E foi a disponibilização, pela Câmara Municipal de Gaia, de local para poderem pernoitar os profissionais que queriam evitar ir a casa, com receio de contaminarem os seus familiares. A entrega de produtos de higiene e hidratação e de bens alimentares, por parte de diferentes associações e hipermercados da zona, foi outras das medidas de cuidados para com os profissionais e que nos fizeram sentir valorizados. O meu agradecimento pessoal a todos que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para o nosso bem-estar: Obrigada, por se lembrarem de nós!

O GCL-PPCIRA encetou múltiplos contactos institucionais para fazer ouvir a sua voz e fez chegar os seus contributos às instâncias de decisão, identificando necessidades, propondo soluções e advogando a implementação de medidas que só uma colaboração estreita de todos os decisores poderia assegurar as respostas necessárias. Tornou-se imperativo reformular a forma como vivíamos diariamente o hospital



A prevenir infeções há mais de 55 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 espectro 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 TERAPÉUTICAS: Desinfeção higiénica e cirúrgica das mãos. Desinfeção da pele antes de injeções e punções. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Na desinfeção higiénica das mãos: deve aplicar-se, pelo menos, 3 ml de STERILLIUM® nas mãos secas, e esfregá-las durante 30 segundos, sem enxaguar. Na desinfeção cirúrgica das mãos: STERILLIUM® deve ser distribuído sobre as mãos secas e antebraços secos, de modo a cobri-los completamente. Devem ser aplicadas as doses que forem necessárias para mantê-los húmidos durante, pelo menos, 1,5 minutos sem enxaguar. 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 oclos, 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.



Fátima Palma

Presidente da Sociedade Portuguesa de Contraceção

Ginecologista, assistente hospitalar graduada de Ginecologia e Obstetrícia e coordenadora da Unidade de Ginecologia da Infância Adolescência do CHULC

O Consenso 2020 veio melhorar o aconselhamento contraceutivo em Portugal

Dois conceitos que nem sempre se harmonizam como seria desejável. Esta é uma das ideias que retiramos da entrevista à presidente da Sociedade Portuguesa de Contraceção, Fátima Palma. Mas, ainda que não seja possível garantir que tenham originado mudanças substantivas, a médica ginecologista defende que o “Consenso 2020 veio, com certeza, melhorar a prática do aconselhamento contraceutivo em Portugal”.

Na promoção de uma adequada saúde sexual e reprodutiva, como caracteriza e valoriza o papel dos cuidados primários?

Na nossa legislação atual e que data de 1984, com várias revisões posteriores, está consagrado que o planeamento familiar é um direito dos cidadãos e que as respetivas consultas devem ser realizadas nos cuidados de saúde primários de forma gratuita e que os métodos contraceptivos também devem ser fornecidos gratuitamente. Só nalgumas situações específicas (adolescentes, esterilização cirúrgica, patologias graves) haverá referência para os hospitais da área funcional a que pertencem. Portanto, a nossa lei do planeamento familiar consagra os cuidados primários de saúde como a pedra fundamental na prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Numa avaliação concreta das necessidades neste campo, defende o investimento (nem sempre, mas também financeiro) em mais consultas e mais equipas dedicadas?

A vastidão de doentes que cada médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) tem a seu cargo, com toda a variedade de patologias, dificulta a dedicação profunda a todas as áreas necessárias. A criação de equipas vocacionadas com carácter pluridisciplinar iria melhorar muito o atendimento na área do planeamento familiar.

Os enfermeiros devem fazer parte integrante da equipa multidisciplinar (consulta de saúde sexual e reprodutiva) que trabalha quer a nível dos cuidados primários quer a nível hospitalar

No plano da conjugação de competências, a saúde sexual e reprodutiva convoca diferentes profissionais quando se trata de aconselhar e orientar. Que importância atribui aos enfermeiros a este nível?

Os enfermeiros devem fazer parte integrante da equipa multidisciplinar (consulta de saúde sexual e reprodutiva) que trabalha quer a nível dos cuidados primários quer a nível hospitalar. São, na maioria das vezes, o primeiro rosto da consulta, quem inicia o processo de aconselhamento contraceutivo, quem fornece os métodos na consulta seguinte e quem muitas das vezes resolve e responde a várias questões. São o elo de ligação às utentes.

Que dados tem, que leitura faz a SPDC do estado de literacia da população portuguesa em matéria de métodos contraceptivos?

Os últimos dados existentes são de 2015, do estudo “Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres portuguesas”. Os indicadores que temos desse trabalho refletem mais os contraceptivos utilizados pelas mulheres portuguesas e a frequência das consultas de planeamento familiar do que os conhecimentos que existem dos diferentes métodos contraceptivos. Mas, tendo em conta que cerca de 90% das mulheres portuguesas revelaram utilizar um método contraceutivo (em especial, a contraceção hormonal combinada oral, mais vulgarmente conhecida pela pílula, em cerca de 56% dos casos) podemos inferir que existe algum conhecimento dos principais métodos contraceptivos. No entanto, isso não significa que não subsistam muitos mitos e fobias relacionados com os métodos contraceptivos, principalmente a contraceção hormonal.

Que mudanças relevantes foram geradas pelo Consenso 2020?

Os consensos de contraceção vão já na sua terceira edição (a primeira surgiu em 2003, houve uma segunda em 2011 e finalmente esta em 2020). Foi importante ter uma versão mais atualizada, não só porque surgiram novos contraceptivos e é importante informar sobre os critérios de elegibilidade destes métodos, como esta nova edição tem um capítulo novo sobre contraceção e fertilidade, uma secção que aborda temas como definição do padrão hemorrágico com a contraceção hormonal, como tratar as hemorragias irregulares com a contraceção hormonal, a lista de doenças nas quais uma gravidez pode acarretar um desfecho desfavorável materno e/ou fetal. Contém igualmente uma secção com anexos, em que constam a legislação vigente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a lista dos contraceptivos disponíveis

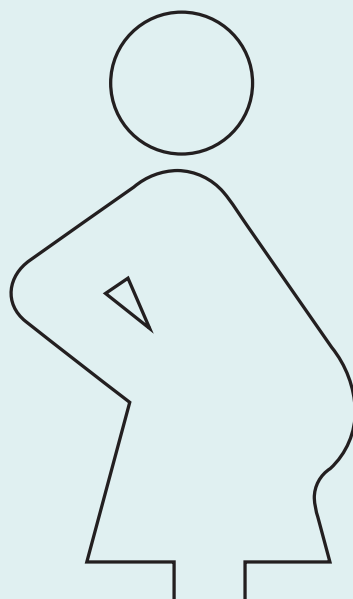
A criação de equipas vocacionadas com carácter pluridisciplinar iria melhorar muito o atendimento na área do planeamento familiar

no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a lista dos contraceptivos disponíveis em Portugal. Portanto, não sei se podemos considerar que o Consenso 2020 veio originar mudanças...Veio foi, com certeza, melhorar a prática do aconselhamento contraceutivo em Portugal.

Como se posiciona a SPDC, no quadro da sua missão e compromisso, perante a temática “Contraceção e Consenso”?

A SPG é uma sociedade científica que tem como missão divulgar e apoiar a formação em saúde sexual e reprodutiva. O nosso lema é ajudar os profissionais de saúde a melhorarem a sua formação e confiança na prestação de cuidados em planeamento familiar, para que se cumpram os direitos sexuais e reprodutivos da nossa população. Os consensos vieram permitir uniformizar critérios, garantir a segurança na utilização dos métodos contraceptivos e que mulheres com doenças crónicas possam utilizar os métodos contraceptivos elegíveis para a patologia em questão.

Azia e refluxo na gravidez: uma queixa frequente, mas que é possível prevenir



A azia é um sintoma comum na gravidez, estimando-se mesmo que a grande maioria das mulheres grávidas apresente queixas relacionadas, mesmo sem que haja qualquer histórico. Na prática, a gravidez aumenta o risco de sofrer de azia, o que pode acontecer em qualquer fase da gestação, mas é claramente mais acentuado no terceiro trimestre.

Este crescendo explica-se por razões inerentes ao próprio processo gestacional, associadas às alterações hormonais. Logo no primeiro trimestre, as hormonas provocam um relaxamento dos músculos do esófago, contribuindo para abrandar o ritmo da passagem dos alimentos ingeridos até ao estômago. Por outro lado, também o estômago precisa de mais tempo para se esvaziar. Esta situação tem uma vertente positiva, na medida em que o organismo da mulher ganha tempo para absorver os nutrientes que vão alimentar o feto. Mas a face negativa é a azia.

E esta é uma situação que se vai acentuando à medida que a gravidez evolui, na medida em que, ao ganhar peso, o feto exerce uma pressão acrescida sobre o estômago. No terceiro trimestre, pode até acontecer que o útero desloque o estômago da sua posição normal na cavidade abdominal.

A gravidade está, portanto, envolvida no aumento das probabilidades de a mulher grávida apresentar queixas de azia. Pelas razões enunciadas, o esfíncter

esofágico inferior, que funciona como uma válvula, também fica impossibilitado de cumprir a sua função: em circunstâncias normais, impede que o bolo alimentar que está no estômago retorne ao esófago, abrindo-se apenas para os alimentos entrarem no estômago ou para permitir o vômito. No entanto, quando relaxado, abre-se caminho a que os ácidos envolvidos no processo digestivo penetrem no esófago, originando a sensação de queimadura no peito que caracteriza a azia e o sabor ácido e azedo que é resultado do refluxo. A azia e o refluxo ocasionais não constituem um problema de saúde, não obstante poderem ocorrer manifestações dolorosas, que perturbam o final da gravidez.

É indispensável que a mulher se aconselhe com a sua equipa de saúde, de modo a ser definida a estratégia mais adequada a cada caso

Mas, em regra, não implicam um problema para o feto, a não ser que, por via desses sintomas, a mulher diminua significativamente o aporte nutricional.

Estima-se que, na reta final da gravidez, a maioria das mulheres apresente um quadro de azia, mas a verdade é que cada caso é diferente, estando envolvidos diversos fatores, desde os fisiológicos, aos hábitos diários, passando pelas escolhas alimentares.

Mas, dado o desconforto associado, importa prevenir, o que se faz intervindo ao nível do estilo de vida. São mudanças simples, mas eficazes que, de certa forma, compensam os inevitáveis efeitos provocados pelas alterações hormonais e pela pressão do útero sobre o estômago.

O primeiro dos cuidados deve ser facilitar a digestão. O organismo de uma mulher grávida beneficia de um tempo extra para digerir adequadamente os alimentos. Assim, é recomendável que faça refeições frequentes e de pequeno volume, evitando deitar-se depois de comer – é que a posição horizontal dificulta a digestão, podendo distender os músculos e abrir caminho a que o conteúdo do estômago suba até ao esófago.

No que toca à dieta, há alguns alimentos que devem ser consumidos com moderação ou até evitados, na medida em que são propícios ao desenvolvimento dos sintomas de azia: são eles os alimentos gordurosos, os picantes, os produtos com tomate e cebola, o chocolate, a hortelã, a cafeína, os sumos de frutos cítricos. Por estas razões, mas também pela saúde da mulher grávida e do feto, em geral, importa eliminar o álcool e o tabaco, bem como evitar situações geradoras de stress.

E ainda a propósito da posição horizontal, e pelas mesmas razões, a grávida deve dormir com a parte superior do corpo ligeiramente elevada. Do mesmo modo, é importante que evite dobrar-se pela zona da cintura, pois aumenta a pressão sobre o estômago. A alternativa será fletir os joelhos. A posição vertical é a melhor amiga da mulher grávida contra a azia e o refluxo, significando isto que ao sentar-se e ao deitar-se deve optar por uma posição o mais direita possível.

Quando estas medidas preventivas se revelam insuficientes para evitar a azia e o refluxo, e se o desconforto é acentuado, importa acalmar os sintomas. Mas, dadas as restrições à toma de medicamentos durante a gestação, é indispensável que a mulher se aconselhe com a sua equipa de saúde, de modo a ser definida a estratégia mais adequada a cada caso. E, neste domínio, os enfermeiros, pela sua proximidade, desempenham um papel inestimável no aconselhamento e da orientação em matéria de saúde materno-fetal.

Quando as suas pacientes grávidas pedem uma solução para a azia, refluxo e indigestão, o que lhes recomenda?

Gaviscon é o único medicamento que combina alginato* e antiácidos num mecanismo de ação físico que alivia a acidez e impede o refluxo.



Com alginato de sódio de origem natural, derivado de algas



Forma uma barreira anti-refluxo



Neutraliza os ácidos do estômago



Não sistémico



Alívio rápido



Ação prolongada até 4 horas



Uma gama apropriada para diferentes sintomas:

AZIA E REFLUXO

AZIA, REFLUXO E DOR / ARDOR NO ESTÔMAGO



Sabor Menta
Comprimidos mastigáveis



Sabor Morango
Comprimidos mastigáveis



Sabor Menta
Suspensão Oral



Sem açúcar



Sabor Menta
Suspensão Oral



Sem açúcar

GAVISCON



*Infomed, acessado a 04/2021.

reckitt Gaviscon Morango 250 mg + 133,5 mg + 80 mg Comprimido para mastigar. Cada comprimido contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. Indicações terapêuticas: Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez, ou em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. Posologia e modo de administração: Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos após as refeições e ao deitar. Crianças com menos de 12 anos: Administrar apenas sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. Compromisso hepático: não é necessário efetuar modificações. Insuficiência renal: ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. Contraindicações: Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Efeitos indesejáveis: Muito frequentes [MF]: $\geq 1/10$, Frequentes [F]: $\geq 1/100$ a $< 1/10$, Pouco frequentes [PF]: $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$, Raros [R]: $\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$, Muito raros [MR]: $< 1/10.000$, Desconhecidos [D]: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis. Doenças do sistema Imunitário: [MR]: Reações anafiláticas e anafilatóides, reações de hipersensibilidade tais como urticária. Doenças do metabolismo e da nutrição: [D]: alcatose, hipercalcémia, síndrome lácteo-alcalino (após a toma de dosagens muito superiores à recomendada). Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: [D]: broncospasma. Doenças gastrointestinais: [MR]: Dor abdominal, secreção de ácido, diarreia, náuseas, vômitos. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Data de revisão do texto: 07/2020. **Gaviscon**, 500 mg + 267 mg + 160 mg, suspensão oral. Cada 10 ml contém 500 mg de alginato de sódio, 267 mg de bicarbonato de sódio e 160 mg de carbonato de cálcio. Indicações terapêuticas: Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão relacionada com o refluxo, que podem ocorrer por exemplo, após as refeições, durante a gravidez ou em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. Posologia e modo de administração: Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 1 a 2 saquetas após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. Compromisso hepático: não é necessário efetuar modificações. Insuficiência renal: ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. Contraindicações: Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Efeitos indesejáveis: Muito frequentes [MF]: $\geq 1/10$, Frequentes [F]: $\geq 1/100$ a $< 1/10$, Pouco frequentes [PF]: $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$, Raros [R]: $\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$, Muito raros [MR]: $< 1/10.000$, Desconhecidos [D]: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis. Doenças do sistema Imunitário: [MR]: Reações anafiláticas e anafilatóides, reações de hipersensibilidade tais como urticária. Doenças do metabolismo e da nutrição: [D]: alcatose, hipercalcémia, síndrome lácteo-alcalino (após a toma de dosagens muito superiores à recomendada). Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: [D]: broncospasma. Doenças gastrointestinais: [MR]: Dor abdominal, secreção de ácido, diarreia, náuseas, vômitos. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Data de revisão do texto: 07/2020. **Gaviscon Duefet** 500 mg + 213 mg + 325 mg Suspensão oral em saquetas. Cada dose de 10 ml contém 500 mg de alginato de sódio, 213 mg de bicarbonato de sódio e 325 mg de carbonato de cálcio. Indicações terapêuticas: tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico relacionados com acidez, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão, que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez, ou em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. Posologia e modo de administração: Via oral, após completamente mastigado. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. Compromisso hepático: não é necessário ajuste posológico. Insuficiência renal: ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. Contraindicações: Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Efeitos indesejáveis: Muito frequentes [MF]: $\geq 1/10$, Frequentes [F]: $\geq 1/100$ a $< 1/10$, Pouco frequentes [PF]: $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$, Raros [R]: $\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$, Muito raros [MR]: $< 1/10.000$, Desconhecidos [D]: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis. Doenças do sistema Imunitário: [MR]: Reações anafiláticas e anafilatóides, reações de hipersensibilidade tais como urticária. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: [MR]: broncospasma. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica. Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Data de revisão do texto: 07/2020.

RB-M-38886

Data de revisão do material: Abril 2021.



Odete Cristina Rodrigues

Enfermeira especialista
em Enfermagem de Reabilitação
no Hospital de Braga
Pós-graduação em Enfermagem em
Esclerose Múltipla (Coimbra)
Pós-graduação em Educação
Terapêutica (Paris)

A falar é que a gente se EMtende

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica que tem tanto para conhecer. E, acima tudo, perceber. Por isso, nasceu o programa educacional EMtender. Uma plataforma de *eLearning* estruturada em cinco módulos com o essencial para abrir caminho ao conhecimento e à gestão mais adequada de quem e vive e convive com esta patologia. O projeto é fruto da experiência da enfermeira Odete Cristina Rodrigues, especialista em Enfermagem de Reabilitação.

“Mais do que saber, EMtender para viver com Esclerose Múltipla”. É a voz da sua própria experiência, enquanto enfermeira nesta área, que fala por si?

A gestão da esclerose múltipla (EM) é um desafio para a sociedade, os doentes, os cuidadores e os profissionais de saúde, dado o tempo necessário e dedicado a desenvolver a autonomia das pessoas com esta patologia. O processo educativo destes doentes tem de ser visto como um processo que vai além do informar, instruir ou treinar;

deve permitir motivá-los a gerir a sua doença de forma autónoma, ou seja, não se reduz à transmissão de conhecimentos, mas, sim, à transformação desses conhecimentos em saberes vitais para uma melhor qualidade de vida. Assim, não basta o doente SABER, importa ser capaz de explicar, interpretar, ter espírito crítico, gerir vários aspetos relativos à doença. Ele deve EMtender a patologia para viver com qualidade. Com o tempo, percebi que o doente tem de ter um papel ativo no seu processo de educação para adquirir de forma efi-

caz esses conhecimentos e competências que lhe permitem gerir a doença. É fundamental estabelecer uma relação de confiança e empatia de modo a não correremos o risco de ser simples transmissores de informações vazias que, dificilmente, serão compreendidas e interiorizadas. Tal como os profissionais de saúde, os doentes têm de SABER e EMtender: só assim poderão viver com qualidade apesar da EM. esclerose múltipla. Foi com este espírito que foi criada a plataforma EMtender (<https://emtender.pt/>).

Prestar cuidados de enfermagem ao doente com esclerose múltipla é um desafio pelas características da patologia em si, mas também pela idade jovem da maioria dessas pessoas no momento do diagnóstico

Quem diz viver... diz também conviver, considerando os familiares, os cuidadores informais, os amigos, os colegas de trabalho e tantos outros. É mais difícil levar a mensagem para fora de casa?

Hoje em dia, não podemos dizer que é mais difícil, considerando todas as fontes de comunicação e transmissão de informação que temos. No entanto, a forma como são usadas essas fontes pode não ser a adequada e a interpretação da informação é frequentemente deturpada, desde logo pelo “ruído” na transmissão dessa mesma informação. Os profissionais de saúde têm igualmente, aqui, um papel fundamental, envolvendo os familiares e cuidadores informais no processo educativo do doente. E prevenindo determinadas situações de incompreensão e abandono por parte dos familiares dos doentes. No âmbito laboral, existe

Esperamos que este programa desperte interesse, curiosidade e dúvidas por parte dos utilizadores, motivando-os a procurarem respostas junto dos profissionais certos

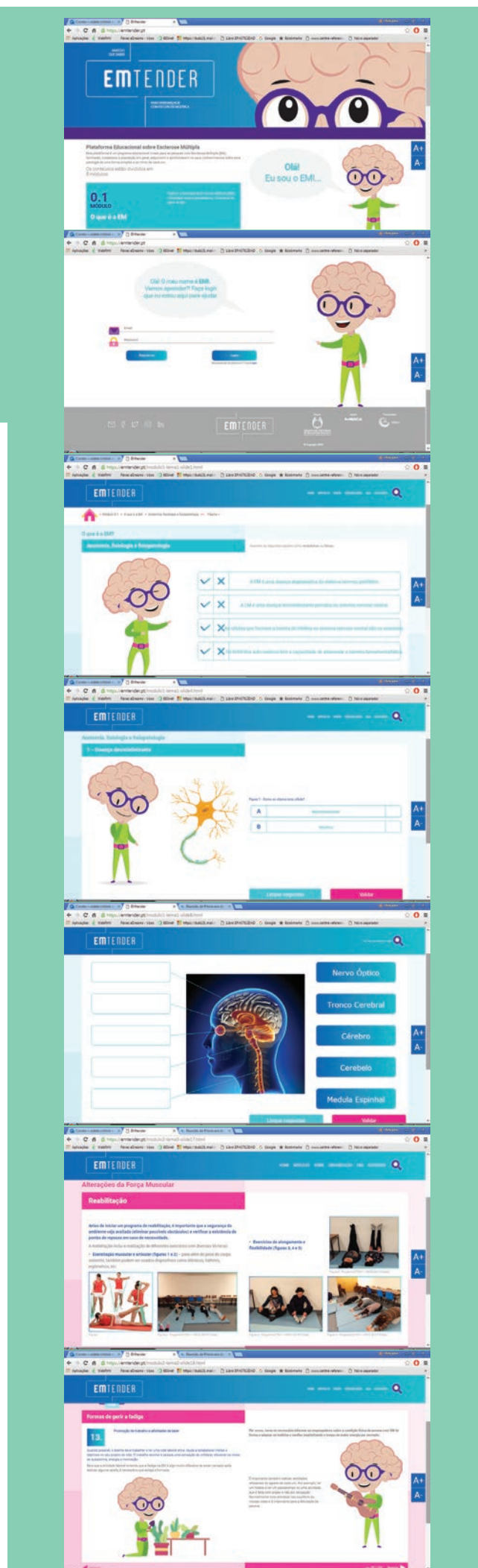
também falta de conhecimentos por parte dos empregadores, que não aceitam o pedido de algumas alterações no local e nas condições de trabalho e, dessa forma, pretendem evitar interrupções por incapacidade ao trabalho ou mesmo reformas antecipadas. Cabe aos profissionais de saúde e aos meios de comunicação social melhorar as pontes de diálogo e desmistificar alguns preconceitos relativos à esclerose múltipla. Espero que esta plataforma digital permita levar a mensagem a quem convive com pessoas com EM e esclarecer determinadas dúvidas. Mas também despertar-lhes o interesse em colocar questões aos próprios doentes e/ou profissionais de saúde, de forma a permitir a interação e melhorar o conhecimento sobre o assunto.

Que recomendações daria aos enfermeiros recém-formados e que vão trabalhar a EM, tendo em vista o acesso e a partilha de conhecimento que permita, a todos, a melhor gestão possível da doença?

Prestar cuidados de enfermagem ao doente com esclerose múltipla é um desafio pelas características da patologia em si, mas também pela idade jovem da maioria dessas pessoas no momento do diagnóstico. Em primeiro lugar, considero que para prestar cuidados de excelência aos doentes, devemos ter conhecimentos científicos aprofundados sobre a EM – conhecer a patologia e as suas especificidades, reconhecer situações de vulnerabilidade psicológica e social. É crucial que os enfermeiros adquiram conhecimentos e competências que os habilitem a formar os doentes a se auto-cuidarem, a assegurarem a sua auto vigilância, a gerirem o seu tratamento, ou seja, a se tornarem autónomos na gestão da sua patologia. O “enfermeiro educador” deve fazer prova de escuta, de diálogo, de abertura e de disponibilidade. A qualidade da relação doente/enfermeiro tem um impacto relevante no processo educativo. Além das competências científicas, é importante adquirir e aprofundar competências relacionais, pedagógicas e metodológicas de forma a implementar um programa educativo em que o doente tenha o “papel principal” na gestão da esclerose múltipla.

O que determinou esta estrutura de cinco módulos, cinco passos para EMtender?

Ter uma doença crónica implica a sua gestão desde o momento do diagnóstico até ao fim de vida, durante 365 dias por ano – desta forma, o programa EMtender delineou uma estrutura de cinco módulos de modo a abranger vários aspectos do ciclo de vida da pessoa com esclerose múltipla. Cada módulo é constituído por vários temas. Ao longo do programa EMtender, são apresentados exercícios diversos que permitem uma autoavaliação dos conhecimentos. Estas



atividades promovem a interação e reflexão das pessoas e permitem verificar se houve aquisição de conhecimentos. Os utilizadores podem evoluir consoante a vontade e disponibilidade de cada um selecionando o módulo que pretendem frequentar.

No primeiro módulo, “O que é a EM”, são abordados aspetos da anatomia e fisiopatologia da doença, os sintomas mais frequentes, os tipos de esclerose múltipla e a distinção entre um surto e um pseudo-surto.

No segundo módulo, “Os sintomas mais comuns da EM”, pretende-se refletir sobre um grande número de sintomas referidos pelas pessoas com esclerose múltipla, mas abordando formas de gerir essa mesma sintomatologia.

O terceiro módulo, “Tratamentos na EM”, centra-se no tratamento disponível até ao momento, nomeadamente, o tratamento farmacológico e não farmacológico da esclerose múltipla, dos surtos e dos sintomas.

No quarto módulo, “Estilos de vida saudável”, percorremos os vários tópicos relacionados com comportamentos de vida saudável para uma melhor gestão do dia a dia de quem vive com EM, com esclerose múltipla.

Já no quinto módulo, o foco é o “Planeamento familiar”, dado que a patologia atinge adultos jovens em idade fértil com diversas questões nesta área. Os conteúdos da plataforma foram preparados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, psicólogos e informáticos, peritos e experientes neste tema e com o apoio fundamental do GEEM [Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla].

Esta plataforma não tem por objetivo substituir a equipa de profissionais que acompanha os doentes regularmente, mas sim complementar todo o trabalho desenvolvido pelas várias equipas e chegar ao maior número de pessoas da nossa sociedade que tenham interesse em saber e EMtender mais sobre este assunto.

Que retorno, que resultados espera alcançar com este programa educacional sob a sua coordenação?

Com este programa educacional, pretende-se que a informação e o conhecimento cheguem a um grande número de pessoas interessadas neste tema. Ao percorrerem o programa, podem surgir dúvidas e serem colocadas aos profissionais de saúde. De forma mais otimista, pode-se esperar, com o aumento do conhecimento, vários benefícios: uma diminuição da ansiedade, o reconhecimento de um surto, a adesão à terapêutica, a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente deixar de fumar ou iniciar uma actividade física. Do ponto de vista social e profissional, pode-se verificar maior compreensão por parte dos empregado-

res e/ou familiares. Contamos que os doentes e familiares adquiram mais conhecimento e competências para serem capazes de gerir melhor a esclerose múltipla, de forma autónoma e que lhes permita melhorar a sua qualidade de vida. Acima de tudo, esperamos que este programa desperte interesse, curiosidade e dúvidas por parte dos utilizadores, motivando-os a procurarem respostas junto dos profissionais certos.

Tendo por referência este projeto, que outros passos podem ser dados para ampliar e disseminar, ainda mais, o conhecimento sobre a EM?

Esta é uma gota no meio do oceano daquilo que pode ser feito para ampliar e disseminar o conhecimento na área da esclerose múltipla e de outras doenças crónicas. O nosso projeto assenta nos princípios básicos da educação terapêutica: “...a educação terapêutica do paciente deve permitir aos pacientes de adquirirem e manterem as suas capacidades e competências que os ajudam a viver de forma óptima a sua doença...” (OMS, 1998)

As políticas de saúde deveriam ter mais em conta os benefícios de uma educação terapêutica implementada nos cuidados de saúde de modo regulado e organizado. Sabe-se que a literacia em saúde em Portugal é muito baixa, mas ainda não existem estratégias para melhorar essa situação. Os profissionais de saúde e, desde logo, os enfermeiros com um papel muito relevante, que também têm uma responsabilidade muito grande nesta área, necessitam de recursos humanos e estruturais para o seu desenvolvimento. Se queremos ampliar e disseminar o conhecimento sobre a EM, temos, em primeiro lugar, de dar voz aos doentes e familiares – fornecer informação oral ou escrita não é suficiente, promover a

É urgente que os profissionais de saúde invistam em tempo para ouvir, orientar e educar os doentes crónicos

participação ativa dos doentes no seu processo educativo para atingir os objetivos pedagógicos delineados para cada um. Os doentes não têm de ser simplesmente obedientes às indicações dos profissionais, devemos capacitá-los para que sejam capazes de adotar decisões conscientes e responsáveis quanto à gestão da sua patologia. É fundamental que o educador faça prova de capacidade de escuta, de diálogo, abertura e disponibilidade e estabeleça uma relação de confiança e empatia. A qualidade desta relação constitui um pilar fundamental para a relação educativa que determinará a adopção de novos comportamentos por parte do doente e do seu envolvimento na autogestão da esclerose múltipla. Ao desenvolver o programa EMtender, além de se expor os conteúdos de uma forma simples, também é privilegiada a participação ativa dos utilizadores através de um método, também ele, ativo – foram criados vários exercícios que promovem a interação e motivação das pessoas. Com esta técnica pedagógica, pretende-se preparar os doentes para uma participação mais ativa na gestão da sua patologia e num contexto de autoavaliação dos conhecimentos adquiridos. Esta avaliação não deve ser vivida como um julgamento, mas, sim, como uma oportunidade para ter consciência da necessidade de aprofundar conhecimentos e competências junto dos profissionais de saúde, garantindo uma gestão da esclerose múltipla em segurança. Cada vez mais se entende que a educação para a saúde se faz “com as pessoas e não para as pessoas”. É urgente que os profissionais de saúde invistam em tempo para ouvir, orientar e educar os doentes crónicos. Tal deveria ser visto como um investimento preventivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas, diminuindo custos a vários níveis e produzindo maior bem-estar na sociedade.



Vítor Rodrigues
Presidente da Liga Portuguesa
contra o Cancro

O papel dos enfermeiros no apoio ao doente oncológico

Numa sociedade cada vez mais diversificada e, no caso da saúde, cada vez mais multidisciplinar, torna-se progressivamente mais difícil individualizar as “fronteiras” de cada uma das atividades profissionais. O trabalho “em equipa” torna-se cada vez mais colaborativo, mas continua, felizmente, a ter aspetos distintivos vo-

cacionados para as várias dimensões que estão subjacentes à colocação do utente/doente (verdadeiramente) no centro.

E quando o cidadão “olha para dentro” da organização dos serviços de saúde, geralmente “vê” um profissional que associará (consciente ou inconscientemente) à palavra

O enfermeiro é um dos primeiros profissionais a receber um doente, e um dos vários que o vai acompanhar, a todo o tempo, ao longo do seu percurso de saúde/doença, seja dentro ou para além do espaço físico das instituições de saúde, mas sempre numa relação de proximidade e de confiança

As especificidades próprias deste doente, com uma carga emocional e física que chega a ser bastante pesada, obrigam a que o enfermeiro, por vezes, se tenha de superar na ajuda e solidariedade, normalmente extensível à sua família

PROXIMIDADE. Proximidade física, emocional e comunicacional. E sente também que é um profissional que vai CUIDAR de si.

O enfermeiro é um dos primeiros profissionais a receber um doente, e um dos vários que o vai acompanhar, sempre, ao longo do seu percurso de saúde/doença, seja no espaço físico das instituições de saúde, seja fora, mas sempre numa relação de proximidade e de confiança.

O conhecimento científico que a classe profissional tem vindo (e vai ter, seguramente) a experienciar não poderá, em minha opinião, esquecer toda a base da sua conceptualização teórica, nomeadamente por Florence Nightingale, pois o conhecimento e a competência são complementa-

res, dirigidas a um trabalho profícuo na multidisciplinaridade das equipas de saúde. Mas a natural valorização científica e de competências desta e das outras profissões de saúde será enriquecedora para o utente, para o doente e, como é natural, para o profissional de saúde.

O papel do enfermeiro no apoio ao doente oncológico é, assim, semelhante a qualquer outra situação de saúde ou de doença do utente ou do doente. No entanto, as especificidades próprias deste doente, com uma carga emocional e física que chega a ser bastante pesada, obrigam a que o enfermeiro, por vezes, se tenha de superar na ajuda e solidariedade, normalmente extensível à sua família.



Carlos Sequeira

Prof. Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP

Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental no contexto que enfrentamos

O impacto na saúde mental da exposição a um evento de stress intenso, como é o caso de uma pandemia, depende do nível de exposição da pessoa e de duas variáveis muito relevantes – o nível de literacia e a mestria da pessoa na utilização de estratégias de promoção dessa mesma saúde mental.

Nesse sentido, o papel do enfermeiro especialista nesta área centra-se essencialmente:

1. Na promoção da saúde mental das pessoas, capacitando-as para enfrentarem a pandemia.

a) No aumento dos níveis de literacia em saúde mental (LSM), capacitando os utentes para que possam identificar:

- Os sintomas associados a situações de stress intenso e os sintomas que necessitam de ajuda profissional;
- As estratégias a utilizar para enfrentar o isolamento social;
- As manifestações de alerta que sugerem a necessidade de ajuda profissional.

b) Capacitar as pessoas ao nível da primeira ajuda em saúde mental – saber identificar os problemas, ajudar-se/ajudar quando surgem esses problemas e ser capaz de encaminhar/procurar ajuda adequada.

c) Aumentar a capacidade (resiliência) para lidar com o stress intenso, utilizando estratégias de promoção de saúde mental:

- Regulação e ventilação emocional;
- Gestão de conflitos;
- Resolução de problemas;
- Autoconhecimento;
- Satisfação pessoal.

2. Na implementação de intervenções que ajudem as pessoas a enfrentar os problemas de saúde mental associados à situação de pandemia, dos quais se destacam: medo, tristeza, frustração, culpa, insônia, exaustão, revolta, entre outros. Estas intervenções devem ser adaptadas ao contexto e ao processo de transição que a pessoa está a vivenciar. Exemplo: as intervenções são diferentes se o alvo for uma pessoa idosa, um adolescente, uma grávida, uma pessoa com uma doença crónica, ou uma pessoa desempregada.

As principais intervenções são:

- Implementar o decálogo de promoção de saúde mental;
- Implementar o programa de saúde mental positiva;
- Implementar a primeira ajuda em saúde mental;
- Implementar o aconselhamento, orientar a pessoa para:

– Cuidar das necessidades básicas;

– Organizar os períodos de descanso;

– Fazer um plano das suas atividades fora do trabalho;

– Gerir as interações com os colegas e familiares;

– Gerir a informação e a exposição à informação;

– Observar as emoções e os sentimentos;

– Utilizar estratégias de regulação emocional – respiração, meditação, *mindfulness*, exercício físico, entre outras.

• Implementar estratégias de expressão emocional;

• Implementar a escuta ativa.

Para pessoas com problemas específicos, as intervenções que o enfermeiro especialista em saúde mental pode implementar dependem muito do problema que lhe é apresentado.

Numa situação singular, como é o caso da pandemia, todas as pessoas podem estar em risco e, portanto, a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental devem ser uma prioridade direcionada à população em geral.

Numa situação de crise, existem muitos pensamentos, sentimentos e

comportamentos negativos que podem ser aceites como respostas “normais”, contudo, é fundamental estar atento aos seguintes parâmetros:

- A intensidade da resposta emocional;
- A duração da resposta emocional;
- A frequência e a tipologia de resposta emocional;
- As consequências associadas à resposta emocional;
- A alteração no padrão de resposta habitual da pessoa.

Em síntese, o papel do enfermeiro especialista é muito diversificado e diferenciado em função do contexto em que exerce a sua atividade e da necessidade do grupo alvo da intervenção. Assim, podem desempenhar um papel significativo na ajuda aos profissionais de saúde que estão a prestar cuidados a pessoas com COVID-19, ajudando-os a lidar com as situações de frustração, impotência, exaustão, entre outras. Podem, além disso, ser um recurso para os enfermeiros de outras áreas de especialidade na prestação de cuidados a determinados grupos alvo – como as crianças, as grávidas, os idosos – ajudando-os a identificar e a intervir nas situações que necessitam de ajuda relacionadas com a pandemia. Do mesmo modo, podem implementar planos de acompanhamento a doentes, vítimas de COVID-19, de modo a prevenir o stress pós-traumático e a intervir junto dos doentes que apresentam problemas de orientação, dificuldades cognitivas, dificuldades de concentração, níveis elevados de ansiedade, ou alterações comportamentais.

Espera-se que exista um real investimento na saúde mental das pessoas de modo a evitar que a crise pandémica, associada à crise económica e social, possa criar um ambiente fértil para a doença mental.

O papel dos enfermeiros na intervenção cardiovascular



David Rodrigues

Enfermeiro no Hospital de Santo António, Porto
Membro do comité de técnicos e enfermeiros da EAPCI - European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions

A intervenção cardiovascular abrange procedimentos coronários e estruturais, cruzando-se com intervenções periféricas e outras, consoante as valências e estrutura organizacional. As práticas e funções atribuídas aos enfermeiros de norte a sul do país, neste contexto, são díspares, fruto da cultura fechada de cada instituição. Faz falta coesão, partilha, interação e participação de todos nós.

A formação necessária para ingressar na cardiologia de intervenção começou por utilizar o método do mestre e aprendiz: há um conjunto de habilidades, sobretudo de teor técnico e operacional, que são ensinadas para serem repetidas. As necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente na procura de cuidados de saúde, a par de um compromisso crescente na segurança e qualidade pelos prestadores, levaram à organização formal de núcleos de competências e criação dos respetivos currículos. Na Europa, reportamo-nos ao *core curriculum* da EAPCI para enfermeiros e profissionais aliados, de 2016. Este guia para a formação de conhecimentos, habilidades e atitudes nos enfermeiros na intervenção cardiovascular, de iniciado a perito, valoriza o seu papel no seio da equipa. A criação de um exame de certificação europeu é um claro sinal da necessidade de valorizar o percurso

profissional do enfermeiro, reforçando a necessidade inequívoca da sua presença.

A prática interdependente de enfermagem faz parte do mandato social do enfermeiro, em Portugal. No contexto multiprofissional do laboratório de hemodinâmica, assumimos, como em qualquer ambiente perioperatório, as funções de instrumentista e circulante. As particularidades deste meio altamente tecnológico e em constante evolução exigem profissionais diferenciados. Estes devem conseguir integrar, de forma fluida, conhecimentos de anatomofisiologia cardíaca, farmacologia, princípios da radiologia de intervenção, destreza técnica para o manuseio dos materiais utilizados, e uma compreensão intuitiva de cada situação para identificar – e, se possível, antecipar – qualquer complicação. Podem, além do mais, fazer-se valer do seu domínio da prestação e gestão de cuidados, na promoção de um ambiente seguro. Dando alguns exemplos, podemos referir a prevenção, intervenção e controlo da infeção; a gestão do circuito do utente no peri, intra e pós procedimento; a supervisão na integração de pares. Há ainda um espaço importantíssimo no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, que se encontra num meio austero, frio,

impessoal, rodeada de estímulos visuais, auditivos, sensitivos. E que dizer dos cuidados à pessoa em situação crítica? É também no laboratório de hemodinâmica que os enfermeiros iniciam os processos de consciencialização para a doença coronária. Aliás, este conjunto de competências é transversal a outras áreas da radiologia de intervenção, requerendo alguns ajustes para o contexto do órgão alvo.

Florence Nightingale é a figura de destaque no nascimento da enfermagem enquanto profissão, mas

o percurso efetuado pela nossa classe leva-nos hoje a sermos reconhecidos como disciplina do conhecimento. Possuímos um corpo de conhecimento próprio, em expansão, permitindo uma prática autónoma do exercício da enfermagem, que, em conjunto com a prática interdependente, pode e deve ser significativa a cada pessoa que passa pelos nossos cuidados. Ouso até dizer que o nosso futuro na cardiologia de intervenção depende do valor acrescentado à equipa, numa lógica de cuidados centrados no utente.

A criação de um exame de certificação europeu é um claro sinal da necessidade de valorizar o percurso profissional do enfermeiro



Aníbal Marinho

Médico Intensivista na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Geral de Santo António

Presidente da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP)

Estar alerta para que a malnutrição não se torne uma pandemia

Ainda que sem dados concretos, é seguro afirmar que a atual pandemia agravou o risco de malnutrição em Portugal, tendo aumentado a sua incidência. A nível hospitalar, a implementação do rastreio nutricional obrigatório foi impactada negativamente. E, apesar de os nutricionistas e restante equipa multidisciplinar terem feito um esforço adicional para garantir a terapêutica nutricional dos doentes internados, temos consciência de que o isolamento e as medidas de proteção necessárias impactaram a intervenção nutricional. Na comunidade, onde encontramos um maior número de indivíduos com malnutrição associada à doença, temos igual perceção de que o seu estado nutricional agravou com a pandemia devido à diminuição do acesso aos cuidados de saúde e respetivas equipas assistenciais. À espera de ser implementada, ficou também a Norma Organizacional da DGS [Direção-Geral de Saúde] 017/2020, relativa à nutrição clínica no ambulatório e domicílio, que irá criar, de forma uniformizada, grupos de nutrição entérica e parentérica nos hospitais do SNS [Serviço Nacional de Saúde] e que pressupõe a efetiva acessibilidade a estas terapêuticas nutricionais na comunidade.

No plano internacional, e em especial ao nível da Europa, os indicado-

res e a prática clínica demonstram que o risco de malnutrição se agravou devido à atual pandemia. A diferença entre os restantes países europeus, com exceção da Itália e da Roménia, é que em Portugal os indivíduos com malnutrição associada à doença viram o seu estado nutricional agravar sem qualquer acessibilidade à nutrição entérica e parentérica no ambulatório e domicílio, ou seja, nem todos tiveram acesso à respetiva terapêutica nutricional vital para o seu prognóstico. Embora muito ainda tenha de

Temos de estar atentos e criar soluções seguras e viáveis para que a malnutrição não se torne na real pandemia da presente década

ser feito quanto à formação dos profissionais de saúde, a pandemia veio acentuar a importância e mais-valia do estado nutricional na evolução clínica dos nossos doentes. Por exemplo, alguns internados em cuidados intensivos, nos quais realizámos um esforço enorme para os recuperar, não conseguiram ser autónomos do ventilador, mesmo tendo indicação clínica para desligar a ventilação, devido à perda de massa muscular secundária à malnutrição. Estes doentes apresentaram

maiores taxas de complicações e mortalidade associadas.

Esperamos que os profissionais de saúde integrem a terapêutica nutricional nos cuidados padrão de saúde. A implementação de uma terapêutica nutricional atempada, desde o diagnóstico ou aquando da hospitalização, traduz-se em benefícios clínicos para o doente e benefícios económicos para as instituições de saúde. Urge que as equipas multidisciplinares se corresponsabilizem pelos cuidados nutricionais dos doentes.

Os números da malnutrição crescem diariamente na comunidade, em especial nos idosos, que devido ao isolamento, pelo constrangimento nas visitas e imobilização, reduziram a sua ingestão alimentar. A restrição de visitas durante as refeições do almoço e jantar, tanto nos lares como nos hospitais, levou a que muitos doentes ficassem sem auxílio, e muitos reduziram o seu apetite por associação ao sentimento de tristeza ao abandono.

É tempo de olharmos para o futuro com espírito criativo e crítico, no sentido de recuperar o estado nutricional de todos os doentes afetados direta ou indiretamente pela pandemia. Temos de estar atentos e criar soluções seguras e viáveis para que a malnutrição não se torne na real pandemia da presente década.



Teresa Torres

Enfermeira no Hospital de Dia da ULS Matosinhos

Responsável pelo controlo de infeção
Dá resposta, desde 2009, a todas as especialidades, nomeadamente neurologia, oncologia médica e medicina interna

Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição, Porto

Pós-graduação em Esclerose Múltipla, Excellence IN MS, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

“A intervenção do enfermeiro faz toda a diferença”

Uma referência da neurologia, que sabe muito bem do que fala quando o tema é esclerose múltipla (EM). Atenta aos sinais dos tempos, considera que “no mundo digital em que vivemos, impulsionado ainda mais pela pandemia, as redes sociais têm uma grande relevância”. Colhemos estas palavras lá no meio do diálogo, vivo e preciso em cada resposta, com a enfermeira Teresa Torres.

Há quanto tempo trabalha com doentes com Esclerose Múltipla (EM)?

Eu sou enfermeira há cerca de 21 anos e trabalho com doentes portadores de EM, oficialmente, desde 2009.

Porquê esta área de interesse?

Esta área de interesse foi-se desenvolvendo de forma muito natural. Eu sempre trabalhei na área de Medicina Interna, muito vocacionada para o acompanhamento do doente crónico. Em 2009, comecei a trabalhar em Hospital de Dia e a ter um contacto mais direto e frequente com os portadores de EM. O facto de esta doença ser característica do adulto jovem, levou-me a querer aprofundar os meus conhecimentos, pois acredito que a minha intervenção como enfermeira pode contribuir, sempre que baseada em evidência científica, para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, que ainda têm um longo caminho pela frente.

Qual o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente com EM?

Do meu ponto de vista, o enfermeiro tem três papéis fundamentais:

Educador, uma vez que acompanha o doente, ajudando-o a aceitar mais facilmente o seu estado de saúde, a viver com a sua situação de doença, alertando-o para a importância da

O enfermeiro, como parceiro da pessoa com EM, deverá ter uma participação ativa no desenvolvimento de ferramentas e simultaneamente na entrega dos mesmos aos doentes

adesão ao tratamento e para a prevenção de complicações, treinando, em conjunto, as capacidades necessárias para gerir o seu regime terapêutico;

Cuidador, assumindo o seu papel de interlocutor privilegiado na equipa multidisciplinar, estando no centro dos cuidados com o portador de EM/cuidador, com estratégias de articulação baseadas numa comunicação eficaz, o que permite a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma ativa;

Parceiro, porque o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação terapêutica estabelecida entre um enfermeiro e o portador de EM, caracterizando-se por essa parceria no respeito das suas capacidades.

Qual considera ser a área de atuação em que o enfermeiro pode realmente fazer a diferença no acompanhamento destes doentes?

A intervenção do enfermeiro faz toda a diferença, uma vez que está presente durante todo o processo de transição do estado de saúde/doença. Como é uma doença crónica, com evolução imprevisível que carece de um acompanhamento permanente, a ajuda é necessária no processo de aceitação, na capacitação e no desenvolvimento de competências individuais que permitam a melhor adaptação possível a

cada alteração do estado da pessoa durante o percurso da sua vida.

O que se sabe hoje sobre os resultados que o trabalho que desenvolvem com o doente tem na evolução/aceitação/tratamento da sua doença?

Um doente/cuidador que tenha uma equipa multidisciplinar a funcionar em plenitude é uma pessoa que tem conhecimento sobre a sua patologia, como esta pode evoluir, como identificar precocemente sinais e sintomas de agravamento da doença, assim como a importância de uma adesão ao regime terapêutico instituído.

Como têm evoluído nos últimos tempos as ferramentas/materiais de que dispõe para ajudar neste acompanhamento?

Tem existido uma grande aposta na produção de materiais educativos e criação de plataformas digitais, bem como na utilização de redes sociais que permitem ter acesso a informação fidedigna, e que, naturalmente, consolida a informação transmitida pela equipa multidisciplinar. No entanto, é necessário que esta informação seja individualizada e adaptada às características daquela pessoa em particular, sendo responsabilidade dos profissionais selecionar e adequar as ferramentas mais adequadas.

Em que medida estes materiais/ferramentas podem ajudar a pessoa que vive com EM no seu dia a dia?

Estas ferramentas/materiais permitem o acesso à informação após o contacto em consulta, que tantas vezes, pela carga emocional bloqueia a retenção de informação, garante o acesso a informação credível e também promove uma aproximação à equipa multidisciplinar.

Que papel podem ter as redes sociais, considerando que são credíveis, com informação bem validada e séria, em todo este acompanhamento e na disponibilização de informação a familiares e amigos de quem vive com EM?

No mundo digital em que vivemos, impulsionado ainda mais pela pandemia, as redes sociais têm uma grande relevância. Nesta fase, todos nós estamos ligados uns aos outros através delas e são de alguma forma ferramentas usadas para a obtenção de informação útil para o nosso dia a dia. Pessoas com EM e seus cuidadores não são exceção. Podem recorrer às redes sociais para terem mais informações acerca da sua doença e, de alguma forma, obterem apoio com a comunidade de EM. Por isso, acredito que as redes sociais têm um papel importantíssimo nos tempos atuais, o que

Esta é uma doença de grande imprevisibilidade e, embora existam cada vez mais respostas, mais precoces e eficazes no seu controlo, é necessária uma equipa multidisciplinar, com uma relação de confiança e proximidade

denuncia simultaneamente a necessidade de garantir o rigor e robustez científica da informação nelas presente.

Conhece a plataforma digital EM One to One, da responsabilidade da Sanofi Genzyme (SGZ), inclui um website, uma página de FB e recentemente uma página de IG? Qual a sua opinião?

A EM One to One é uma plataforma desenvolvida pela Sanofi Genzyme, que se pode considerar educacional e que tem conteúdo relevante para a pessoa com EM e seus cuidadores. Além

de os tópicos serem cientificamente válidos e relevantes no contexto diário dos doentes, são simultaneamente motivadores e tentam fazer com que a pessoa com EM exija mais de si e da sua doença, motivando-a a conhecer bem a sua patologia e, acima de tudo, a arranjar formas de a ultrapassar. Para isso, é necessário atingir a comunidade de EM de forma mais ampla: como tal, a presença simultânea no Facebook e no Instagram pode fazer com que as diferentes faixas etárias sejam atingidas.

A SGZ tem também apostado muito em outro tipo de materiais para o doente, como por exemplo, guias informativos sobre a patologia, apoio a webinars informativos organizados pelas associações de doentes. Que outro tipo de suporte precisam as pessoas que vivem com EM? O que lhes faz falta?

O enfermeiro, como parceiro da pessoa com EM, deverá ter uma participação ativa no desenvolvimento de ferramentas/materiais e simultaneamente na entrega dos mesmos aos doentes. Trabalhamos lado a lado com a comunidade de EM e, dessa forma, é premente a nossa atuação próxima nesses projetos.

A aposta deve ser mais em formatos digitais ou não digitais? Deverão ser são partilhados pelos enfermeiros especializados com as pessoas que vivem com EM ou podem ser de acesso autónomo e individual pelo doente? O enfermeiro deverá ter uma participação ativa no desenvolvimento destas ferramentas/materiais?

Na minha opinião, hoje em dia, temos de acompanhar a evolução tecnológica e sem dúvida desenvolver opções digitais de fácil utilização e com informação credível de forma a aproximarmos-nos das pessoas portadoras de EM.

Como perspectiva o seu trabalho daqui a cinco anos no acompanhamento que faz das pessoas que vivem com EM?

Perspetivo que nos próximos anos, apesar do aparecimento de várias alternativas digitais, esta patologia continue a exigir, como qualquer doença crónica, uma grande proximidade entre o portador/cuidador e a sua equipa assistencial. Esta é uma doença de grande imprevisibilidade e, embora existam cada vez mais respostas, mais precoces e eficazes no seu controlo, é necessária uma equipa multidisciplinar, com uma relação de confiança e proximidade, para que, em cada momento, em cada dificuldade, esteja pronta a ajudar cada pessoa a adaptar-se, a ultrapassar as dificuldades com estratégias bem estruturadas e, dessa forma, contribuir para uma melhor qualidade de vida possível e assim concretizar os seus objetivos.

Viver com EMSR
pode parecer uma tempestade

Confie na eficácia
e segurança de AUBAGIO
para acalmar a tempestade^{1-5*}

1 x dia¹
AUBAGIO[®]
(teriflunomida) 14 mg
comprimidos

* AUBAGIO é um tratamento oral, uma vez ao dia, para a EMSR que reduz de forma consistente e significativa a taxa anualizada de surtos, atrasa a progressão da incapacidade e a atrofia cerebral. É geralmente bem tolerado e tem uma incidência de efeitos adversos semelhante à do placebo. 1-5
1. RCM Aubagio 2. O'Connor P, et al; for the TEMSO Trial Group. Randomized trial of oral teriflunomide for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med. 2011;365(14):1293-1303. 3. Confavreux C, et al; for the TOWER Trial Group. Oral teriflunomide for patients with relapsing multiple sclerosis (TOWER): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Neurol. 2014;13(3):247-256. 4. O'Connor P, et al; for the Teriflunomide Multiple Sclerosis Oral (TEMSO) Trial Group and the MRI-AC in Houston, Texas. Long-term safety and efficacy of teriflunomide: nine-year follow-up of the randomized TEMSO study. Neurology. 2016;86(10):920-930. 5. Comi G, et al. Pooled safety and tolerability data from four placebo-controlled teriflunomide studies and extensions. Mult Scler Relat Disord. 2016;5:97-104.

EMSR=Esclerose Múltipla Surto Remissão
Informações Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento **NOME DO MEDICAMENTO:** AUBAGIO 14 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido revestido por película contém 14 mg de teriflunomida. **Excipiente com efeito conhecido:** cada comprimido contém 72 mg de lactose (sob a forma monohidratada) e 0,3 mg de sódio. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1 do RCM completo. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido revestido por película (comprimido). Comprimidos revestidos por película pentagonal, azul pálido a azul pastel, com impressão num dos lados ("14") e com um logótipo da empresa em relevo no outro lado. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** AUBAGIO é indicado para o tratamento de doentes adultos com esclerose múltipla surto-remissão (EM). (Para informações importantes sobre a população para a qual a eficácia foi estabelecida, ver secção 5.1 do RCM completo). **Posologia e modo de administração:** O tratamento deve ser iniciado e supervisionado por um médico com experiência no tratamento da esclerose múltipla. **Posologia:** A dose recomendada de teriflunomida é de 14 mg uma vez por dia. **Populações especiais:** **População idosa:** AUBAGIO deve ser utilizado com precaução em doentes com idade igual ou superior a 65 anos, visto não existirem dados suficientes sobre a segurança e eficácia. **Compromisso renal:** Não é necessário ajustar a dose para doentes com compromisso renal ligeiro, moderado ou grave que não fazem diálise. Não foram avaliados doentes com compromisso renal grave e a fazer diálise. Assim, não é recomendado utilizar teriflunomida nesta população. **Compromisso hepático:** Não é necessário ajustar a dose para doentes com compromisso hepático ligeiro e moderado. A teriflunomida é contraindicada em doentes com compromisso hepático grave. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de teriflunomida em crianças entre os 10 e menos de 18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existe utilização relevante de teriflunomida, para o tratamento de esclerose múltipla, em crianças com idade desde o nascimento até menos de 10 anos. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** Os comprimidos revestidos por película devem ser administrados por via oral. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com alguma água. AUBAGIO pode ser tomado com ou sem alimentos. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção 6.1 do RCM completo. Doentes com compromisso hepático grave (Classe C de Child-Pugh). Mulheres grávidas ou mulheres com potencial para engravidar que não estão a utilizar métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento com teriflunomida e, posteriormente enquanto os níveis plasmáticos estiverem acima de 0,02 mg/l (ver secção 4.6). A gravidez deve ser excluída antes do início do tratamento. Mulheres a amamentar. Doentes com condições de imunodeficiência grave, p. ex. síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Doentes com função significativamente reduzida da medula óssea ou anemia, leucopenia, neutropenia ou trombocitopenia significativas. Doentes com infeção ativa grave até à resolução da infeção. Doentes com insuficiência renal grave e a fazer diálise, visto não existir uma experiência clínica suficiente neste grupo de doentes. Doentes com hipoproteïnemia grave, p. ex., na síndrome nefrótica. **Efeitos indesejáveis:** **Resumo do perfil de segurança:** Um total de 2267 doentes foram expostos a teriflunomida (1155 a teriflunomida 7 mg e 1112 a teriflunomida 14 mg) uma vez por dia, durante um período mediano de 672 dias, em quatro estudos controlados com placebo (1045 e 1002 doentes para teriflunomida 7 mg e 14 mg, respetivamente) e um estudo com comparador ativo (110 doentes em cada um dos grupos de tratamento com teriflunomida) em doentes com formas recorrentes de EM (esclerose múltipla surto-remissão, EMSR). Teriflunomida é o principal metabólito da leflunomida. O perfil de segurança da leflunomida em doentes com artrite reumatóide ou artrite psoriática pode ser relevante durante a prescrição de teriflunomida a doentes com EM. A análise agregada controlada por placebo foi baseada em 2047 doentes com Esclerose Múltipla Surto-Remissão tratados com teriflunomida uma vez por dia. Nesta população de segurança, as reações adversas mais frequentes notificadas nos doentes tratados com teriflunomida foram: cefaleias, diarreia, ALT aumentada, náuseas e alopecia. De uma forma geral, os casos de cefaleias, diarreia, náuseas e alopecia foram ligeiros ou moderados, transitórios e raramente conduziram à interrupção do tratamento. **Lista classificada de reações adversas:** As reações adversas observadas nos estudos com AUBAGIO controlados com placebo, notificadas para teriflunomida 7 mg ou 14 mg com uma frequência $\geq 1\%$ do que para placebo, são indicadas abaixo. As frequências foram definidas de acordo com a seguinte convenção: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); raros ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); muito raros ($< 1/10.000$); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada grupo de frequência, as reações adversas são indicadas por ordem decrescente de gravidade. **Classe de sistema de órgãos: Infeções e infestações:** Frequentes: Gripe, infeção das vias respiratórias superiores, infeção do trato urinário, Bronquite, Sinusite, Faringite, Cistite, Gastroenterite viral, Herpes oral, Infeção dentária, Laringite, Tinha do pé. Desconhecido: Infeções graves incluindo sepsis. **Doenças do sangue e do sistema linfático:** Frequentes: Neutropeniab, Anemia. Pouco frequentes: Trombocitopenia ligeira (plaquetas $< 100/Gl$). **Doenças do sistema imunitário:** Frequentes: Reações anafiláticas ligeiras. Desconhecido: Reações de hipersensibilidade (imediatas ou retardadas) incluindo anafilaxia e angioedema. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Frequentes: Ansiedade. **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: Cefaleias. Frequentes: Parestesia, Ciática, Síndrome do canal carpiano. Pouco frequentes: Hiperestesia, Neuralgia, Neuropatia periférica. **Cardiopatias:** Frequentes: Palpitações. Vasculopatias: Frequentes: Hipertensão. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Desconhecido: Doença pulmonar intersticial. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, Náuseas. Frequentes: Dor abdominal superior, Vômitos, Dor de dentes. Desconhecido: Pancreatite, Estomatite. **Afeções hepatobiliares:** Muito frequentes: Alanina aminotransferase (ALT) aumentada. Frequentes: Gama-glutamilttransferase (GGT) aumentada, Aspartataminotransferase aumentada. Muito raros: Hepatite aguda. Desconhecido: Lesão hepática induzida por medicamentos (DILI). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Desconhecido: Dislipidemia. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Alopecia. Frequentes: Erupção cutânea, Acne. Pouco frequentes: Doenças ungueais, Reações cutâneas graves. Desconhecido: Psoríase (incluindo psoríase pustular). **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Frequentes: Dor musculoesquelética, Mialgias, Artralgias. Doenças renais e urinárias: Frequentes: Poliúria. Doenças dos órgãos genitais e da mama: Frequentes: Menorragia. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Frequentes: Dor, Astenia. Exames complementares de diagnóstico: Frequentes: Diminuição do peso, Número de neutrófilos diminuído, Número de leucócitos diminuído, Elevação da creatina-fosfoquinase sérica. **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações:** Pouco frequentes: Dor pós-traumática, a: ver descrição detalhada na respetiva secção, b: ver secção 4.4 do RCM completo. **Descrição de reações adversas selecionadas: Alopecia:** A alopecia foi observada como enfraquecimento, diminuição da densidade ou perda de pelos/cabelo, com ou sem alteração da textura dos pelos ou cabelo, em 13,9% dos doentes tratados com teriflunomida 14 mg em comparação com 5,1% dos doentes tratados com placebo. A maioria dos casos foi descrita como difusa ou generalizada no couro cabeludo (não foi observada uma perda total de cabelo) e ocorreu sobretudo durante os primeiros 6 meses, tendo-se resolvido em 121 de 139 doentes (87,1%) tratados com teriflunomida 14mg. A interrupção do tratamento devido a alopecia foi de 1,3% nos grupos de teriflunomida 14 mg, em comparação com 0,1% no grupo de placebo. **Efeitos hepáticos:** Os seguintes parâmetros foram detetados durante os estudos controlados com placebo: **ALT AUMENTADA (COM BASE NOS DADOS LABORATORIAIS) EM COMPARAÇÃO COM O ESTADO NO INÍCIO DO ESTUDO - POPULAÇÃO DE SEGURANÇA NOS ESTUDOS CONTROLADOS COM PLACEBO:** > 3 LSN: placebo (N=997) 66/994 (6,6%). Teriflunomida 14 mg (N=1002) 80/999 (8,0%). > 5 LSN: placebo (N=997) 37/994 (3,7%). Teriflunomida 14 mg (N=1002) 31/999 (3,1%). > 10 LSN: placebo (N=997) 16/994 (1,6%). Teriflunomida 14 mg 9/999 (0,9%). > 20 LSN: placebo (N=997) 4/994 (0,4%). Teriflunomida 14 mg 3/999 (0,3%). **ALT > 3 LSN e TBILI > 2 LSN:** placebo (N=997) 5/994 (0,5%). Teriflunomida 14 mg 3/999 (0,3%). Foram observados aumentos ligeiros das transaminases, com ALT abaixo ou igual a 3x LSN, com maior frequência nos grupos tratados com teriflunomida em comparação com o grupo placebo. A frequência das elevações acima de 3x LSN, e superiores, mostraram-se equilibradas entre os grupos de tratamento. Estas elevações das transaminases ocorreram sobretudo nos primeiros 6 meses de tratamento e mostraram-se reversíveis após a interrupção do tratamento. O tempo de recuperação variou entre meses e anos. Efeitos na tensão arterial: Os seguintes valores foram determinados durante os estudos controlados com placebo: - tensão arterial sistólica foi > 140 mm Hg em 19,9% dos doentes a receber 14 mg/dia de teriflunomida, em comparação com 15,5% dos doentes a receber placebo; - tensão arterial sistólica foi > 160 mm Hg em 3,8% dos doentes a receber 14 mg/dia de teriflunomida, em comparação com 2,0% dos doentes a receber placebo; - tensão arterial diastólica foi > 90 mm Hg em 21,4% dos doentes a receber 14 mg/dia de teriflunomida, em comparação com 13,6% dos doentes a receber placebo. Infeções: Nos estudos controlados com placebo, não foi observado aumento das infeções graves com teriflunomida 14 mg (2,7%) em comparação com o placebo (2,2%). Ocorreram infeções oportunistas graves em 0,2% de cada grupo. Foram notificadas infeções graves por vezes fatais, incluindo sepsis, pós-comercialização. Efeitos Hematológicos: Foi observada uma diminuição no número médio de leucócitos ($< 15\%$ em relação ao nível inicial, sobretudo uma diminuição do número de neutrófilos e linfócitos) nos estudos controlados com placebo com AUBAGIO, embora tenha sido observada uma diminuição maior em alguns doentes. A diminuição no número médio em relação ao nível inicial ocorreu durante as primeiras 6 semanas, tendo estabilizado ao longo do tempo durante o tratamento, mas a níveis reduzidos (inferior a uma redução de 15% em relação ao valor inicial). O efeito no número de eritrócitos ($< 2\%$) e de plaquetas ($< 10\%$) foi menos acentuado. Neuropatia periférica: Nos estudos controlados com placebo, a neuropatia periférica, incluindo polineuropatia e mononeuropatia (p. ex., síndrome do canal carpiano), foi observada com maior frequência nos doentes a tomar teriflunomida do que nos doentes que tomaram placebo. Nos estudos principais controlados com placebo, a incidência de neuropatia periférica confirmada por estudos da condução nervosa foi de 1,9% (17 doentes em 898) no grupo a receber 14 mg de teriflunomida, em comparação com 0,4% (4 doentes em 898) dos doentes com placebo. O tratamento foi interrompido em 5 doentes com neuropatia periférica no grupo de teriflunomida 14 mg. Após interrupção do tratamento, foi observada uma recuperação em 4 destes doentes. Neoplasias benignas, malignas e não especificadas (incl. quistos e pólipos): Não parece existir um maior risco de desenvolvimento maligno com teriflunomida nos dados dos estudos clínicos. O risco de malignidade, especialmente de doenças linfoproliferativas, é aumentado com a utilização de outros agentes com efeito no sistema imunitário (efeito classe). Reações cutâneas graves: Foram notificados casos de reações cutâneas graves com teriflunomida pós-comercialização. Astenia: Nos estudos controlados com placebo, as frequências para astenia foram de 2,0%, 1,6% e 2,2% nos grupos placebo, teriflunomida 7 mg e teriflunomida 14 mg, respetivamente. 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 diretamente ao INFARMED, L.P.: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt> ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa. Tel: +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **Data da revisão do texto: janeiro de 2021.** Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Para mais informações contactar o Representante Local do Titular de AIM **MAT-PT-2100405 - v1.0 - 04/2021**



Manuel Azevedo Portela

Presidente da Associação Portuguesa de Podologia

Urgente criar consultas de Podologia no SNS para evitar amputações

Replicar os modelos de boas práticas que têm comprovado a excelência na prevenção de amputações do pé diabético deve ser uma prioridade nas unidades de cuidados primários. É necessário e emergente a inclusão dos podologistas nos cuidados de atenção primária ao pé diabético.

O pé diabético é visto como a principal causa de amputação da extremidade Inferior; mais do que uma complicação da diabetes, deve ser considerado como uma condição clínica complexa, que pode acometer os pés e/ou tornozelos de indivíduos diabéticos. Assim, pode reunir perda da sensibilidade dos pés, a presença de feridas complexas, deformidades, limitação de movimento articular, infeções, amputações, entre outras. A abordagem deve ser especializada e contemplar um modelo de atenção integral (consciencialização e educação, qualificação do risco, investigação adequada, tratamento apropriado das feridas, cirurgia especializada, aparelhamento customizado e reabilitação integral), objetivando a prevenção e a restauração funcional da extremidade. Dados epi-

demiológicos demonstram que o pé diabético é responsável pela principal causa de internamento do portador de diabetes. A previsão para o ano de 2025 é de mais de 450 milhões de portadores de diabetes, dos quais, pelo menos, 25% vão ter algum tipo de comprometimento significativo nos seus pés. Atualmente, estima-se que, mundialmente, ocorram duas amputações por minuto à custa do pé diabético, sendo que 85% são precedidas de úlceras. Estima-se que 15% dos doentes diabéticos desenvolvem uma úlcera nos membros inferiores durante os anos de doença e que 85% das amputações têm um historial de úlceras diabéticas. As complicações que ocorrem nos pés destes doentes vão proporcionar uma diminuição da qualidade de vida destes indivíduos e um grande custo aos serviços de saúde. A taxa média de amputação do pé diabético em Portugal é de 5,4 por 100 mil habitantes. A zona norte do país tem uma taxa de 3,4 /100 mil habitantes, de acordo com o Observatório Nacional da Diabetes.

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

Uma amputação no pé implica custos que podem atingir os 25 mil euros, estimando-se que os custos com as amputações em Portugal podem chegar aos 25 milhões de euros por ano. Despesas diretas com a cirurgia, reabilitação do pé e do doente, abstinência laboral e os transportes são os fatores que mais pesam no orçamento da Saúde e da Segurança Social com as amputações dos doentes diabéticos.

Como é consabido, a Podologia afirma-se enquanto a ciência que, na área da Saúde, estuda o membro inferior, a sua importância e funcionalidade, de forma a prevenir, diagnosticar e tratar as diferentes patologias de que é alvo, designadamente do pé diabético.

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

Só a coragem e a determinação do Ministério da Saúde podem inverter as taxas de amputação do

pé diabético, proporcionar melhor qualidade de vida aos doentes diabéticos, diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade associadas a esta problemática e diminuir os custos do Serviço Nacional de Saúde, criando consultas de pé diabético com podologistas.

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

Por outro lado, o doente diabético tem de ser consciencializado da problemática do pé diabético, educado para os cuidados a ter com os seus pés e quais as medidas a tomar em caso de patologia. A atenção por parte do doente diabético ao pé é determinante e importantíssima para prevenir o aparecimento de feridas, úlceras, infeções e amputações.

A pele do pé diabético é seca, fina, brilhante, frágil e suscetível a lesões e feridas, que se apresentam de difícil recuperação e cicatrização; e por isso são imperativos os cuidados diários com os seus pés e na prevenção das complicações.

A Consulta Multidisciplinar, com inclusão dos podologistas, é a solução estratégica e clínica para a redução das complicações do pé diabéticos, nomeadamente para a diminuição da incidência de feridas e de amputações.

“Os enfermeiros são fundamentais na capacitação da pessoa com diabetes”



Lurdes Serrabulho

Coordenadora de Enfermagem e de Formação da APDP

“É urgente apostar na prevenção da diabetes e no diagnóstico precoce”, defende a enfermeira Lurdes Serrabulho, coordenadora de Enfermagem e de Formação da APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Uma necessidade que a pandemia colocou ainda mais em evidência, com estudos europeus a apontarem para um aumento dos problemas a nível físico e psicológico. No que toca ao papel dos enfermeiros, deixa a mensagem de que são essenciais na educação dos doentes, capacitando-os para gerirem a diabetes.

Qual o papel dos enfermeiros na gestão da diabetes?

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental quer nos cuidados, no apoio na educação, na relação terapêutica e na capacitação da pessoa com diabetes, isto porque são agentes facilitadores de mudanças comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis. Além da diversidade de experiências clínicas em todas as áreas que estão ligadas ao acompanhamento integrado da pessoa com diabetes e familiares, os enfermeiros desenvolvem formação contínua nesta área, o que lhes permite a especialização dos cuidados e a participação ativa na promoção da autonomia e na autogestão da doença pelas pessoas com diabetes.

Por outro lado, a área da educação terapêutica na diabetes, na qual a enfermagem tem um papel fundamental – claro que em parceria com as pessoas que têm diabetes e seus familiares e com os outros profissionais de saúde – é, realmente, um processo que facilita a promoção de melhores cuidados às pessoas com diabetes. Isto para que possa otimizar a sua vida com diabetes em termos da melhoria da autogestão, do bem-estar e da qualidade de vida.

Como é que estes podem contribuir para a gestão da doença?

Na diabetes, a educação e a prestação de cuidados de saúde são indissociáveis: estas duas áreas são consideradas uma prioridade nos cuidados de saúde, porque permitem quer a construção da relação de confiança, quer a

facilitação de todo o processo de mudança de comportamentos e de adesão ao tratamento. Portanto, são o que vai potencializar a autoeficácia e o sucesso na autogestão da diabetes. A educação terapêutica permite às pessoas desenvolver melhor as suas potencialidades e as suas próprias capacidades de adaptação na resolução dos seus problemas. Isto irá propiciar competências para autogerirem os seus cuidados na diabetes.

Os benefícios deste processo de adesão terapêutica que acompanha a pessoa ao longo da sua vida são realmente reconhecidos de forma consensual e estão relacionados com o aumento da satisfação das pessoas e também dos profissionais de saúde. Portanto, se pudermos autogerir o melhor possível a sua doença e os seus cuidados, haverá benefícios em todas estas áreas.

Por outro lado, é essencial haver investigação nesta área da diabetes para que haja qualidade, eficácia e segurança nos cuidados de saúde que são prestados pelos enfermeiros.

É muito importante também percebermos a satisfação das pessoas e os resultados das nossas intervenções e dos nossos cuidados como enfermeiros, para que esta qualidade nos cuidados e essa eficácia melhorem o mais possível.

Que impacto pandemia tem tido nos doentes, sobretudo nos primeiros meses?

O ano passado a Federação Europeia dos Enfermeiros em Diabetes (FEND) e a Federação Internacional de Diabetes (IDF) Europa realiza-

Os enfermeiros desenvolvem formação contínua que lhes permite a especialização dos cuidados e a participação ativa na promoção da autonomia e na autogestão da doença pelas pessoas com diabetes

ram estudos sobre o impacto da pandemia nas pessoas com diabetes.

A investigação promovida pela FEND demonstrou que os enfermeiros observaram aumentos muito expressivos de problemas a nível físico e psicológico, nomeadamente em termos da ansiedade, da depressão, de surgimento de situações de hiperglicemia aguda e de complicações nos pés. Cerca de metade dos enfermeiros deste estudo referiram também que houve uma diminuição e uma interrupção significativa dos serviços clínicos no atendimento prestado às pessoas com diabetes. Nomeadamente, a nível do apoio psicológico e no apoio e autogestão da educação da diabetes.

Estes estudos permitem reforçar a evidência da necessidade de se adaptarem os circuitos de acompanhamento e de apoio, de modo a minimizar o impacto da pandemia nas pessoas com diabetes.

No que toca à experiência da nossa instituição, temos desenvolvido todos os esforços para não interrompermos os cuidados e mantermos a mesma capacidade no atendimento.

Houve um aumento de casos de descompensação da diabetes? Quais as consequências?

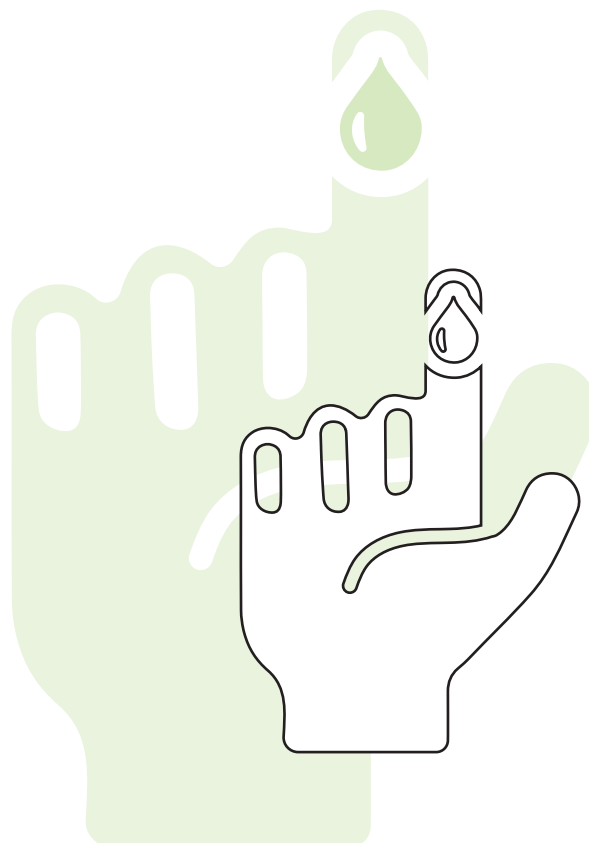
Nos resultados do estudo da FEND constatamos que houve ocorrência de situações de hiperglicemia aguda em 39%; e outro dos fatores preocupantes identificados foi que 18% dos inquiridos relataram um aumento das complicações dos pés. Entre as consequências deste tipo de complicações está o facto de requererem, por vezes, atendimento em serviços de urgência para tratamentos da descompensação grave da diabetes e tratamento de lesões do pé.

Como encara o atual panorama na área da diabetes em Portugal?

Antes desta pandemia notou-se um grande investimento na prevenção na área da diabetes, especialmente na diabetes tipo 2, a qual corresponde a 90% das situações de diabetes, sendo aquela que realmente pode ser prevenida, dado que está relacionada com o estilo de vida, com a alimentação e com a atividade física.

Portanto, é fundamental investir em programas de prevenção a nível nacional com rastreios de diabetes tipo 2, de modo a detetar-se a doença o mais precocemente possível; isto porque, na maior parte das vezes, esse diagnóstico só é realizado quando uma pessoa já apresenta alguma complicação. E, normalmente, as complicações aparecem ao fim de cinco anos de evolução da doença, sendo que, ao aparecer uma complicação, surgem todas as outras.

É realmente fundamental prevenirmos estas situações e rastreamos a diabetes o mais precocemente possível. Sabemos que exis-



tem muitas pessoas que têm diabetes e não sabem, pelo que é urgente descobrir o mais depressa possível para que não existam as tais complicações.

A pandemia, provavelmente, atrasou todos estes esforços que vinham a ser feitos em termos da prevenção e também do tratamento da diabetes.

Quais são os principais desafios que se avizinham?

O grande desafio é investirmos na prevenção desta doença e no diagnóstico precoce das pessoas que já têm a doença e não sabem que a têm. Esta é uma doença silenciosa que vai progredindo ao longo do tempo e vão surgindo complicações, ao nível dos olhos, do coração, dos pés. Portanto, é realmente urgente apostar nesta prevenção, que comece o mais cedo possível, a nível da saúde das grávidas, das crianças, nas escolas, nas famílias. É muito importante mudarmos esta perspetiva, para que possamos prevenir a diabetes e outras doenças crónicas.

Outra área fundamental é tratar o melhor possível a diabetes, a nível das consultas, dos centros de saúde, para, de facto, travarmos as complicações mais graves.

Qual o papel da APDP na partilha de conhecimento e disseminação de informação sobre a temática?

Na APDP, temos formação organizada desde 1974, em parceria com o Ministério da Saúde, e realizamos essas formações para os profissionais de saúde por todo o país. Temos muitos cursos, desde a formação inicial, ao nível intermédio e avançado.

Este ano, estamos com um grande desafio, que é a pandemia, que veio transformar os nossos cursos, que eram presenciais, em e-learning ou b-learning. Temos uma nova plataforma e estamos muito empenhados.


Além disso, estamos envolvidos e participamos em congressos, como o Congresso Nacional de Diabetes, o de Cardiologia, e o do Pé Diabético, e temos um seminário de educação terapêutica na doença crónica, que já realizamos há mais de 20 anos.

SENTIDO ÚNICO. ORIENTAÇÃO PARA UMA MEDIÇÃO RÁPIDA E SEGURA.



DESIGN
ERGONÓMICO


5 ALARMES
DIÁRIOS


RESULTADOS
EM 5 SEGUNDOS

365
MEMÓRIA DE
RESULTADOS

BOTÃO DE
EJEÇÃO DA TIRA

ECRÃ
RETROILUMINADO


AMOSTRA
DE 0,5 µL


MÉDIAS
CONFIGURÁVEIS

Element® NEO, com tiras autocodificadas, é uma alternativa simples e económica para a automonitorização da diabetes. Utilizando a enzima FAD-Desidrogenase, permite obter resultados rápidos a partir de amostras de sangue venoso ou arterial.



www.elementdiabetes.com

MKT01158

Element® NEO glucómetro e tiras de teste são dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*.
Leia cuidadosamente a rotulagem e o folheto informativo antes da sua utilização.
Informação destinada a profissionais de saúde.

Linha de apoio **800 200 750**



Quilaban
uma fórmula de vida

Element® NEO
RIGOR E CONFORTO NA MEDIÇÃO DA GLICEMIA

MAIS DO
QUE SABER

EMTENDER

PARA VIVER MELHOR
COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Plataforma digital
de e-learning



A plataforma digital **EMtender** é um programa educacional dirigido às pessoas que querem saber mais sobre a **Esclerose Múltipla**, sejam doentes, familiares ou cuidadores. Foi desenvolvida para que possam aprofundar o seu conhecimento de uma forma simples e ao seu ritmo, sem pressas! Com esse conhecimento, esperamos que a pessoa com **Esclerose Múltipla** consiga gerir melhor o seu dia-a-dia, e eventualmente viver melhor com esta doença.

Para ter acesso aos conteúdos, faça o registo na plataforma através do link esclerosemultipla.info.



Curso:



Com o apoio:



Patrocínios:

