



CUIDADOS ESPECIALIZADOS do presente ao futuro

N.º 8 > JUL a OUT 2017
ISSN 2182-8261

Propriedades métricas da escala
London Chest Activity of Daily Living
Revisão Sistemática da Literatura

O Direito de Brincar...
também nos Cuidados Intensivos

Já conhece a



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



Brevemente vamos estar
na sua **Unidade** para
divulgar o que fazemos!

A **ACE** tem como missão
promover a Formação,
divulgar o conhecimento de
Enfermagem e fomentar
a Investigação.

www.acenfermeiros.pt

ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

**FORMAÇÃO CONTÍNUA
PROXIMIDADE | PARTILHA**

A ACE tem como missão promover a formação, divulgar o conhecimento de Enfermagem e fomentar a investigação.

BENEFÍCIOS DO SÓCIO:

- Apoio à realização de eventos científicos promovidos pelo Sócio.
- Acesso a programas de apoio à formação / investigação.
- Participação gratuita em workshops realizados pela Academia ACE.
- Participação em Jornadas e Congressos com valores reduzidos.
- Publicação de artigos científicos na revista digital ENFormação.
- Acesso a protocolos de parceria com benefícios e descontos para os sócios e familiares.
- Acesso a conteúdos científicos exclusivos no website.

TORNE-SE SÓCIO EM:
www.acenfermeiros.pt

**Contamos consigo,
conte connosco!**

editorial

Conselho Directivo
Filomena Leal
Elsa Folgado
Helena Xavier
Paula Santos
Luís Pereira
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial
Cláudia Rodrigues
Helena Xavier
Ivete Monteiro
Paula Duarte
Sandy Severino
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico
Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Luís Sousa
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede
Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 896 / 1573
Fax 218 864 616

Design Gráfico
Cognição
www.cognicao.pt

Revista Digital
Periodicidade Quadrimestral
ISSN 2182-8261



*O Mundo não pára,
o conhecimento também não.
Mas para se atuar
é importante querer!*

Filomena Leal

Presidente

O saber especializado em todas as áreas profissionais implica um conhecimento profundo de várias temáticas que imprimem um movimento em espiral. Na natureza este movimento apresenta-se de várias formas mas sempre associado a processos de evolução e crescimento.

Pode até parecer haver um caos quando caminhamos numa floresta tropical mas existe um ordenamento que vai sendo visível.

Descartes estudou a famosa espiral contida na concha de náutilus e a sua fórmula matemática contém o número de ouro, que é um mito desde os tempos de Leonardo da Vinci. O número de ouro é um número irracional que nos surge numa grande quantidade de elementos da Natureza, na forma de uma razão.

O número de ouro pode ser encontrado! Numa concha, no corpo humano...

A dinâmica espiral influi a capacidade dos humanos na adaptação ao ambiente, à complexidade, a enfrentar problemas e à procura de soluções.

A compreensão interna do conhecimento é algo construtivo, muitas vezes, ocorre de forma desordenada mas evolui positivamente embebida na coerência do pensamento, na reflexão de ideias, na diversidade, na convergência.

É extraordinário ser testemunha entusiasta da travessia que o conhecimento/cuidados especializados em enfermagem tem tido ao longo dos anos. Evolução contínua e evidente que permitiu a definição de competências específicas e acrescidas que são uma mais valia para a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

É importante refletir sobre o exercício profissional.

Os cuidados especializados implicam processos de tomada de decisão individuais ou grupais.

Os cuidados especializados devem ser um espelho da prática baseada na evidência.

Os cuidados especializados disseminam as boas práticas e contribuem para a avaliação de indicadores fulcrais para a melhoria contínua da qualidade e para a promoção da cidadania.

O Mundo não pára, o conhecimento também não.

Mas para se atuar é importante querer!

É por vezes necessário “remar” em ambientes difíceis. Sejamos assertivos e confiantes.

O movimento espiral é a meta? Ou será o caminho?

Deixo aqui o desafio.

Citando, Maxwell Maltz: **“A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa, transformam-se em oportunidades”.**

Desejo que todos tenham umas férias felizes e um bom regresso ao trabalho.



Propriedades métricas da escala *London Chest Activity of Daily Living*

16

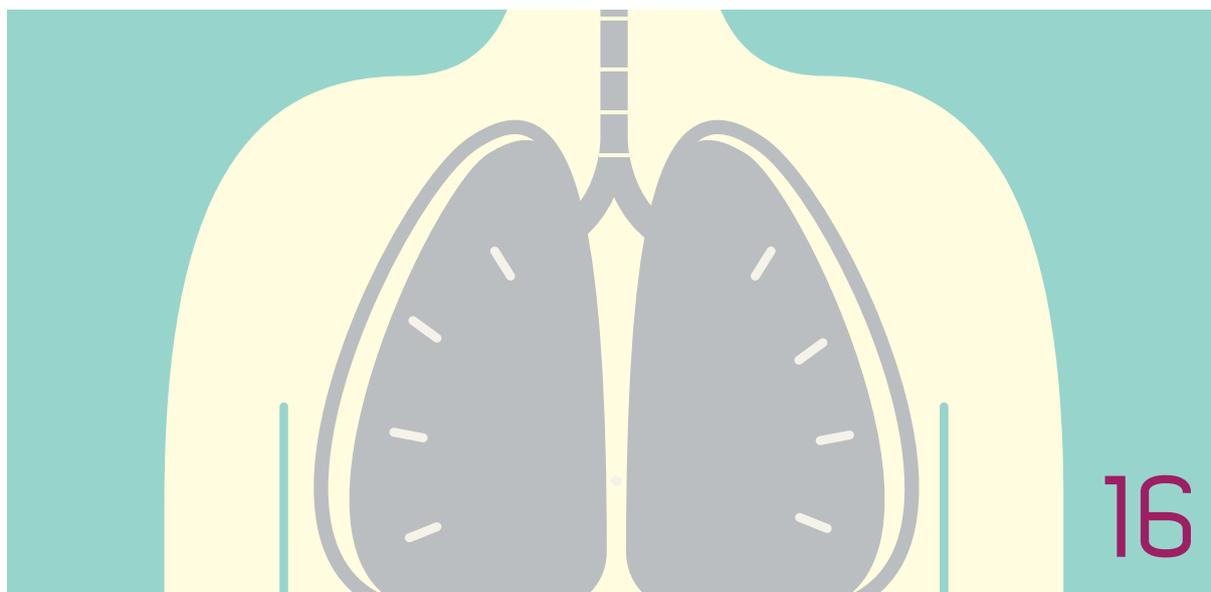
Revisão Sistemática da Literatura

Vânia Filipa Alves Latado; Joana da Graça Casal;
Susete de Jesus Cochicho Proença;
Maria Margarida Rodrigues Teixeira da Costa;
Vera Patrícia Jorge Castanheira;
Luís Manuel Mota de Sousa.

O Direito de Brincar... *também nos* CUIDADOS INTENSIVOS

23

Carla Abreu; Fátima Correia; Pedro Jácome;
Sandro Rodrigues; Vânia Santos.





07



12

VISIBILIDADE

06 CHLC sempre a mexer

Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE Fátima Palmeiro

07 Enfermagem na atualidade

ESPECIALIDADE CLÍNICA

Enfermagem Perioperatória

Enf. Mercedes Bilbao e Enf. Mercedes Gamito

AGENDA

15 Calendário

Eventos e atividades

EMPENHO

29 Entrevista

Armandina do Carmo Antunes

Enfermeira Diretora do CHLC

10 Marcar a diferença

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia

Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Reabilitação em Ortopedia (GTERO)

12 Viver Verde

Tempo de (Re)Equilíbrio

Ideias para pôr em prática

já nestas férias!

EVIDÊNCIA

Aconteceu

32 Evento

II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem

34 Conferência

Segurança do Doente: Identificação Segura



10



29

32

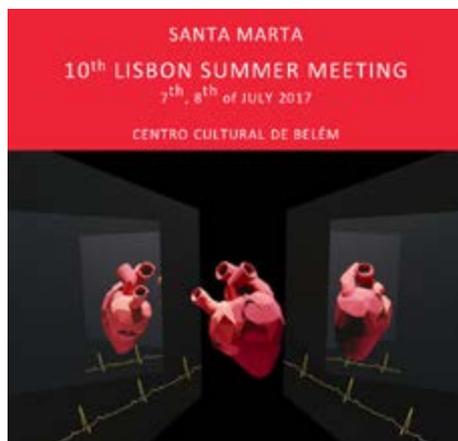




sempre a mexer

Fátima Palmeiro

Gabinete de Assessoria e Comunicação
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC



10.ª Edição do Santa Marta Lisbon Summer Meeting

A especialidade de Cardiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central organizou a sua **10.ª edição do Santa Marta Lisbon Summer Meeting**, nos dias 7 e 8 de Julho, na Sala Sofia de Mello Breyner, no Centro Cultural de Belém, em Lisboa. Trata-se de uma iniciativa conjunta com a *Case Western Reserve*, dos *University Hospitals*, de Cleveland, nos Estados Unidos.

Reuniu em Lisboa diversos especialistas de Cardiologia nacionais e estrangeiros, que debateram temas como a Inovação em Cardiologia de Intervenção: Terapêutica do angor refratário - *REDUCER device*; a Terapêutica e Ressincronização Cardíaca - Otimização, Implantação e Seguimento; ou o Centro de Interpretação e Monitorização Remota de Santa Marta - *Networking* com Cuidados Primários.

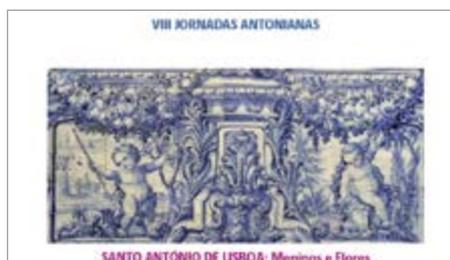


CHLC integra programa Percursos de Turismo Sustentável

O Centro Hospitalar de Lisboa Central participa na iniciativa **Percursos de Turismo Sustentável**, com uma visita guiada ao Museu de Dermatologia Sá Penella, situado no pólo do Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC), no próximo dia **13 de Setembro**, às 10h.

Esta visita tem a chancela da Comissão de Património do CHLC e será conduzida pelos Doutores Luiz Damas Mora e Célia Pilão.

As inscrições devem ser submetidas através de email: geral@museus.lisboa.pt ou por contacto telefónico **21 392 18 08**.



VIII Jornadas Antonianas

Decorreram no CHLC - Hospital dos Capuchos as **VIII Jornadas Antonianas** integradas nas Festas de Lisboa, comemorando o Santo António.

Foram celebradas 3 sessões com contos, lendas, sermões, bailado, coros, música, arcos e balões e muita participação.

Sendo o tema das jornadas deste ano o **"Santo António: Meninos e Flores"**, foi organizada uma exposição com os meninos-anjos com flores, dos azulejos da Igreja.

Esta mostra foi pensada e levada a cabo por Célia Pilão e José Carlos Rodrigues do CHLC e pela fotógrafa Rosa Reis.



Comemorações dos 140 anos do CHLC - HDE

Em 2017 comemoram-se **140 anos da Inauguração do CHLC - Hospital de Dona Estefânia**. Para todo o ano estão programados diversos eventos que pretendem evocar esta efeméride.

No dia 17 de Julho, dia do Hospital Dona Estefânia, realizou-se na Sala de Conferências deste pólo hospitalar uma conferência dedicada ao tema **"O futuro dos Hospitais Pediátricos e os Hospitais Pediátricos do Futuro"**, proferida pelo Director da Área da Mulher, Criança e Adolescente, Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira.

A sessão deste dia inclui uma homenagem à Dra. Lúcia Gama, eminente clínica desta unidade hospitalar, que dá o seu nome à Sala de Conferências.



Enfermagem na atualidade

Enf. Mercedes Bilbao e Enf. Mercedes Gamito



ESPECIALIDADE CLÍNICA

Enfermagem Perioperatória

A Enfermagem Perioperatória como especialidade clínica de enfermagem, é uma disciplina com competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que necessite de procedimentos invasivos/cirúrgicos e anestésicos, em qualquer fase do ciclo de vida. Tem como objetivo cuidar a pessoa com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatória centram-se na relação interpessoal do enfermeiro e da pessoa e desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa num contínuo, antes, durante e após o procedimento. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde.

Estes cuidados exigem identificação das necessidades, planeamento, execução, coordenação e avaliação dos resultados obtidos nas quatro áreas de atuação complementares entre si: Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados pós-operatórios (unidade de cuidados pós-anestésicos). São prestados ao longo do período perioperatório que decorre desde a consulta pré-operatória até à consulta pós-operatória.

Os contextos onde se prestam cuidados de Enfermagem Perioperatória são os blocos operatórios, as unidades de cirurgia de ambulatório e as unidades de técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica. São também contextos de atuação dos enfermeiros perioperatórios, as unidades centrais de esterilização, as unidades de dor aguda e outras áreas como controlo de infeção, gestão de risco e qualidade.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Perioperatória atua numa equipa de saúde e tem competências técnico-científicas altamente qualificadas e específicas:

- Cuida da pessoa em situação perioperatória
- Garante a segurança da pessoa e equipa interdisciplinar em situação perioperatória
- Evidência uma *praxis* perioperatória congruente com a consciência cirúrgica.



A visão da Enfermagem Perioperatória é que qualquer pessoa, em qualquer fase do ciclo de vida, que necessite de procedimentos invasivos / cirúrgicos e anestésicos, receba cuidados de excelência e seguros, prestados por equipas com dotações adequadas, num contínuo antes, durante e após o procedimento.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Perioperatória tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após o procedimento invasivo/cirúrgico ou anestésico de acordo com as necessidades da pessoa e boas práticas

O exercício profissional dos enfermeiros Especialista em Enfermagem Perioperatória caracteriza-se por uma atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica / anestésica e responsabilidade profissional, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Perioperatória atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória. Toma decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar complicações ou eventos adversos prejudiciais à pessoa ou equipa.

Age com **consciência cirúrgica**, isto é, com princípios éticos e morais que orientam o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrada pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.

Percurso da Enfermagem Perioperatória em Portugal

Para se conhecer o percurso da especialidade clínica de Enfermagem Perioperatória em Portugal é essencial falar da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) fundada em 1986 exatamente com os objetivos de promover a melhoria dos cuidados de saúde no âmbito do bloco operatório e organizar e promover formação profissional nessa área de cuidados. A AESOP, desde a sua fundação, investiu e lutou para a criação da especialidade clínica em Enfermagem Perioperatória.

O trabalho da AESOP e de muitos enfermeiros perioperatórios em Portugal tem contribuído para o desenvolvimento e valorização da Enfermagem Perioperatória e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente em contexto perioperatório que hoje reconhecemos como um dado adquirido.

Nos anos 80 o papel das associações congéneres, de vários países da Europa, revelou-se um veículo impulsionador para que, em Portugal, se constituísse uma associação com o objetivo comum de potencializar a enfermagem especializada no perioperatório, inexistente em Portugal. Era urgente formar profissionais que, à data, estavam pouco preparados para o ambiente perioperatório. Ao longo dos seus percursos profissionais necessitavam que a formação e competências fossem desenvolvidas. Por iniciativa de um grupo de enfermeiras foi, então, fundada a AESOP.

Os enfermeiros atualmente não têm consciência do impacto que teve o primeiro congresso organizado pela AESOP, em 1987, com um elevado número de enfermeiros que compareceram para partilhar problemas comuns e aspirações de ultrapassar as adversidades essenciais relativas à formação e ao reconhecimento das competências únicas enquanto especialidade clínica em enfermagem.

Esta associação tem formado os enfermeiros e organizado fóruns e congressos onde se discutem temáticas importante para a prática dos cuidados perioperatórios. Através da publicação da sua revista tem permitido a divulgação de temas técnico-científicos.

A publicação regular, pela AESOP, de “Práticas Recomendadas para Bloco Operatório”, criou um padrão de qualidade na maioria dos Blocos Operatórios. Em todo o país são cumpridas estas recomendações que orientam para boas práticas baseadas na evidência científica mais atual. São utilizadas como referência na construção de procedimentos internos, integrações e formações em serviços.

Os Enfermeiros Perioperatórios (EPO), através da AESOP, tomam posição em variadas áreas que consideram críticas ou essenciais à população ou à profissão num exercício de cidadania ativa enquanto profissionais.

Em termos internacionais, os EPO portugueses estão representados pela AESOP na EORNA (European Operating Room Nurses Association), associação europeia que ajudou a fundar em 1992 e tem por objectivo promover o desenvolvimento da enfermagem perioperatória na Europa.

A EORNA promove, desde há 12 anos, a comemoração do Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios (PND) a 15 de Fevereiro, com a intenção de discutir assuntos atuais, estabelecendo temas anuais a serem debatidos e divulgados por toda a Europa. Em Portugal este evento é organizado e promovido pela AESOP junto dos EPO e da população em geral. Este ano de 2017, a atividade proposta envolveu 55 hospitais em 20 distritos.

Os EPO portugueses praticam uma enfermagem de excelência graças a este percurso e são os impulsionadores de medidas que visam a qualidade e segurança dos cuidados ao doente cirúrgico. A Lista de verificação de segurança cirúrgica e a implementação generalizada das medidas de controlo de infeção nos Blocos são um bom exemplo deste empenho e envolvimento.

Situação atual em Portugal da Enfermagem Perioperatória

A especialidade clínica em Enfermagem Perioperatória existe na maioria dos países europeus e em vários países a nível mundial, reflexo da valorização e reconhecimento desta área de conhecimento e da especificidade das competências necessárias.

A EORNA, com o objetivo de definir as competências e garantir a qualidade da prática de enfermagem perioperatória em toda a Europa e tendo em vista a livre circulação de pessoas no espaço europeu, elaborou, em 1996, o *“European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing”*, atualizado em 2012, numa 2ª edição.

A especialidade clínica em Enfermagem Perioperatória foi reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros a 7 de Maio de 2015, após 29 anos de trabalho e investimento da AESOP, mas continua hoje por regulamentar. Os documentos aprovados relativos à especialidade em Enfermagem Perioperatória: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, Padrões de Qualidade de Cuidados e Programa Formativo) ainda não foram publicados.

Em Portugal, a aquisição de competências é, ainda hoje, realizada sobretudo em contexto de trabalho no Bloco Operatório e acompanhada por pares. A integração é um processo longo, exigente e com elevados custos para as instituições de saúde.

Sem a regulamentação, não há enfermeiros especialistas nesta área. Não se pode garantir de forma sistemática, que os profissionais de enfermagem a desem-



penhar funções no âmbito do Bloco Operatório têm a competência necessária para prestar cuidados de excelência e sem riscos para o doente. Não se pode garantir que outros não usurpem as funções dos enfermeiros perioperatórios.

Sem a certificação de competências em enfermagem perioperatória em Portugal os enfermeiros que as adquiriram com esforço individual e dos contextos em que prestaram cuidados, não são reconhecidos a nível europeu, quando pretendem trabalhar noutros países. Os enfermeiros peritos com anos de investimento não ficam vinculados à especialidade acabando por se perder este valor em saída de profissionais para outras áreas reconhecidas. A investigação em cuidados de enfermagem perioperatórios e desenvolvimento de conhecimento específico desta área de especialidade ficam comprometidos.

Promover o aumento exponencial de Enfermeiros Especialista no exercício clínico para assegurar respostas adaptadas em situações de grande complexidade, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população é, com certeza, um dos objetivos prioritários e emergentes dos enfermeiros.

A criação de especialidades fundamenta-se com a necessidade de garantir à população cuidados de saúde cuidados diferenciados, centrados nas necessidades da pessoa/família, prestados por enfermeiros certificados com competências específicas em áreas fundamentais, que promovam a segurança e qualidade dos cuidados, com o mínimo de risco e o máximo de ganhos efectivos em saúde.

As especialidades clínicas trazem importância social e profissional aos Enfermeiros. Mais conhecimento, mais competências e uma melhor preparação, sustentam o reconhecimento da categoria de Enfermeiro Especialista e permitem dar respostas mais efetivas às necessidades dos clientes e das organizações. A AESOP defende que são estes processos que garantem o desenvolvimento da Enfermagem em Portugal.



marcar a diferença

Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Reabilitação em Ortopedia (GTERO)

Luis M. M. Sousa. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. Professor Adjunto na Universidade New Atlântica. **Carla Rodrigues Vigia.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Luis F. S. Mendes.** Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Ana Maria Pombo Martinho.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Emanuel Melo de Sousa.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **António Soares Massena.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Carla Sofia Magalhães.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Mónica Fernandes Rosa.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **José Carlos D. Testas.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Helena Paula Duque.** Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Pós-graduação em gestão de serviços de saúde. Enfermeira responsável pelo serviço de ortopedia B, no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Isabel Maria Tormenta Guerreiro Leitão Dionísio.** Especialista em Enfermagem Comunitária. Enfermeira Chefe no serviço de ortopedia A, no Centro Hospitalar Lisboa Central, Polo Hospital Curry Cabral. **Maria Manuela Fernandes Santos.** Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Enfermeira Coordenadora da área Músculo-esquelética. Enfermeira Diretora Adjunta do Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central.

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia

O serviço de Ortopedia 7 está integrado, atualmente na área músculo-esquelética do centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), tendo como área de influência a que está descrita na circular informativa n.º 20/2013, da ARSLVT, e recebe ainda, pessoas de todo o país com especial incidência na zona Sul e Açores, assim como dos países de língua oficial portuguesa.

Este serviço tem por missão a prestação de cuidados de saúde do foro das doenças e traumatismos do aparelho locomotor, principalmente, na sua vertente cirúrgica, à população da sua área de influência.

Tendo em consideração os dados disponíveis do ano de 2016, o serviço de Ortopedia 7A e 7B admitiu 2062 pessoas, com uma taxa de ocupação de 97,89% e 12 dias de demora média de internamento.

O serviço de ortopedia é constituído por 70 camas mais quatro camas extra dotação e tem no seu quadro dez enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A intervenção abrange os turnos da manhã e da tarde durante a semana e turno da manhã durante o fim-de-semana.

A Enfermagem de Reabilitação é dirigida a pessoas que carecem de cuidados de reabilitação, ao longo do ciclo vital, nos vários contextos de prática clínica, agudos e crónicos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Em contexto de ortotraumatologia, além das especificidades da patologia músculo-esquelética, têm de ser considerados os seguintes aspetos, a idade, as comorbilidades e a dependência nas atividades básicas de vida diária (Sousa e Carvalho, 2017a; Sousa e Carvalho, 2017b).

O Programa de Reabilitação em ortopedia tem como objetivos: prevenir complicações, promover amplitude de movimento, restaurar a independência e reduzir a dor e o edema (Gomes, 2013) e deve ser integrado em dois momentos: o pré-operatório e pós-operatório das seguintes intervenções: artroplastia total do ombro; anca; joelho e tornozelo; artroscopia da anca e joelho; cirurgia coluna; escoliose; fraturas do colo do fémur, trocântéricas, diafisárias e maleolar.

O Grupo de Trabalho de Enfermeiros de Reabilitação em Ortopedia (GTERO), dá início ao projeto - Enfermagem de Reabilitação em Ortopedia (ERO) em setembro de 2010, com a missão de contribuir para o bem-estar das pessoas com lesão do foro ortopédico, com vista à melhoria da sua qualidade de vida. Os objetivos *major* deste projeto são: garantir e promover cuidados de reabilitação à pessoa com lesão do foro ortopédico; divulgar as boas práticas de reabilitação à pessoa com lesão do foro ortopédico e garantir registos com rigor científico, promovendo a uniformização e continuidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na plataforma informática (Martinho, Menoita, Testa & Mendes, 2010).

Em 2016 este grupo (GTERO) entretanto reforçado, desenvolveu um estudo retrospectivo que envolveu 307 pessoas submetidas a artroplastia total do joelho no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2015. Estudo este apresentado no congresso “Acolher, Capacitar, Encaminhar”, sob chancela da Associação Científica dos Enfermeiros do CHLC em Maio de 2016, permitiu verificar que as pessoas sujeitas a um maior número de sessões de Enfermagem de Reabilitação, obtiveram ganhos substancialmente superiores na amplitude articular do joelho, em capacitação para andar com auxiliar de marcha, subir e descer escadas (Testas et al., 2016). A intervenção precoce permite facilitar o processo de transição para o regresso a casa, com benefícios no aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, na melhoria do equilíbrio e da capacidade de marcha, promovendo assim, a independência no autocuidado (Vigia, Ferreira & Sousa, 2017).

Com este espírito criou-se o interesse em desenvolver um projeto intitulado de “Mais autonomia para um melhor regresso a casa”, dirigido a pessoa após colocação de prótese total da anca nas suas atividades de vida.

Em colaboração com a equipa de enfermagem da consulta externa está em fase de execução um projeto relativo à criação de um circuito integrado para pessoas propostas para artroplastia da anca e joelho, tendo como objetivo minimizar o impacto da cirurgia, promover a autonomia, e assim, reduzir o tempo de internamento. Nesse sentido, o projeto integra sessões multidisciplinares de promoção de saúde, a acontecer cerca de 30 dias antes da cirurgia.

Após identificação das necessidades de formação, o serviço de ortopedia em conjunto com as restantes unidades e consultas da área de músculo-esqueléticas planearam e desenvolveram o curso intitulado “Promoção da mobilidade na pessoa com patologia músculo-esquelética: Uma abordagem de enfermagem” com os objetivos globais de conhecer noções de mecânica corporal; distinguir as técnicas de posicionamentos e transferências nas pessoas com patologias do foro ortotraumatológico e neurotraumatológico; identificar as imobilizações existentes para os membros superiores e inferiores, assim como, as ortóteses mais utilizadas na área ortotraumatológica e neuro-traumatológica; e reconhecer os benefícios das terapias integrativas na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas na área ortotraumatológica e neurotraumatológica. A salientar que o referido curso integra o plano de formação da Área da Gestão da Formação do CHLC.

No âmbito da preparação do regresso a casa, foram criados pelo serviço de Ortopedia 7 A e B folhetos de apoio à capacitação da pessoa, nomeadamente: cuidados a ter com a prótese da anca abordagem posterior, relação sexual após prótese da anca, cuidados a ter com a prótese do joelho e prevenção de quedas.

Existem ainda vários folhetos em desenvolvimento sobre os cuidados a ter com a prótese da anca – abordagem anterior, ombro, escoliose, coluna lombar e fratura do membro inferior.

No âmbito do ensino clínico em Enfermagem de Reabilitação, área com intensa atividade formativa e de



Alguns elementos da equipa do projeto de Enfermagem de Reabilitação

tutoria, integrando toda a área músculo-esquelética, temos o projeto de modo a divulgar a intervenção dos enfermeiros de reabilitação nas diferentes unidades da área músculo-esquelética e facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem de Reabilitação no âmbito dos ensinamentos clínicos

No momento atual esta equipa está particularmente empenhada numa maior integração e efetiva participação da família como parceiro de cuidados, de forma a facilitar e a promover o regresso a casa seguro.

Referências

- Gomes, J. (2013) - A Pessoa com Artroplastia Total da Anca. Atividades de Vida Diária e Qualidade de Vida. I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf
- Martinho, A.M.P., Menoita, E.C.P.C., Testas, J.C.D. & Mendes, L.F.S. (2010). Projeto de Enfermagem de Reabilitação em Ortopedia (ERO). Lisboa, Hospital Curry Cabral. Documento não editado.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR, II Série, (35), 8658-8659.
- Sousa, L., e Carvalho, M. L. G. (2017a). Pessoa com osteoartrite na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. in C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida, 405-420. Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., e Carvalho, M. L. G. (2017b). Pessoa com fratura da extremidade superior do fémur. in C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida, 421-432. Loures: Lusodidacta.
- Testas, J.C.R., Martinho, A.M., Sousa, L.M.M., Mendes, L.F.S., Massena, A. S. & Leitão, I.M.T. (2016). Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Artroplastia Total do Joelho. In congresso da ACE “Acolher, Capacitar, Encaminhar”. Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10884/1013>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividade de Vida. in C. Marques-Vieira.& L. Sousa (Eds). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. (p.351-364). Loures: Lusodidacta.

TEMPO DE (Re)EQUILÍBRIO

12 ideias para PÔR EM PRÁTICA já NESTAS férias!

Na sociedade moderna com tantas possibilidades e formas de aproveitar o tempo acabamos por nos sobrecarregar de tal forma que num dado momento o nosso cérebro mal consegue processar mais informação nova. É sinal que estamos a precisar de tempo para descansar. Reduzir o stress é importante para uma vida equilibrada e saudável.



Fazer uma coisa de cada vez

Pode ser que a tarefa demore um pouco mais para ser concluída, porém no fim os resultados serão melhores.



Para quê ter tanta pressa?

Ir mais devagar, respirar mais, aproveitar mais. É preciso abrandar para perceber aquilo que está a nossa volta.



Fazer o que gosta: Qual o seu hobby?

Procurar fazer o que se gosta quando estiver em momentos de descanso. Faça isso por si.



Procurar a paz e ter um momento só para si

Tente esvaziar a sua mente das preocupações do costume, tente concentrar-se em si mesmo(a) e finalmente relaxar.



Ter uma boa noite de sono

O seu descanso deve ser bem aproveitado, portanto não leve os problemas para a cama. Relaxe e tente não pensar em nada que o incomode para que possa acordar revigorado.



Viver Verde



Rir mais

Descontraia e ria com a família e amigos, relaxa e faz bem à sua saúde.



Espreguiçar

Espreguiçar de forma lenta e de forma total é muito boa para quando estiver tenso demais. Isso dar-lhe-á mais ânimo, mais disposição e também mais calma.



Respirar

Parece muito básico e simples, porém é muito eficiente. Sinta a sua própria respiração e fique atento a ela. Basta respirar fundo e relaxar.



Fazer massagem e/ou aromaterapia

Uns simples 15 minutos de massagem são suficientes para obter resultados. Alguns óleos de plantas também ajudam a aliviar tensões nervosas e ansiedade.



Meditar

Combinar a meditação com exercícios de respiração pode auxiliar ainda mais a reduzir os batimentos cardíacos e pressão sanguínea. A meditação ajuda a encontrar tranquilidade e clareza de pensamentos.



Fazer exercício físico

Vá ao ginásio, caminhar ou fazer corrida... Isso permite que o seu corpo e mente se foquem em algo que é saudável para seu bem-estar.



Desligar o telemóvel

Corte a sua ligação com o mundo tecnológico. Desligue-se dos e-mails, das redes sociais e da net, concentre-se em si mesmo e no que está ao seu redor.



**Coisas simples...
que podem fazer uma grande diferença!**

VENHA CRESCER CONNOSCO!

Seja sócio em www.acenfermeiros.pt

CRESCER FAZ PARTE INTEGRANTE DA VIDA

A ACE, Associação Científica dos Enfermeiros
está continuamente a trabalhar desde 2001
em prol da Formação dos Enfermeiros
e pela visibilidade da Enfermagem.

Por si, por nós e por todos.

Contamos consigo!



agenda



▶ 22-23 setembro

VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva

Lisboa

A preparação do regresso ao domicílio, a gestão do regime terapêutico e a segurança dos cuidados e dos profissionais. Mais informações em:

<https://spci.pt/project/viii-jornadas-nacionais-de-enfermagem-intensiva-2017/>



▶ 24-26 setembro

12.ª Conferência do European Forum for Primary Care

Porto

"The Citizen Voice in Primary Care; a social commitment to 'health for all'" é o tema do evento.

Mais informações em: <http://www.euprimarycare.org/porto/efpc-2017-porto-conference-24-26-september>



▶ 12-13 outubro

15.ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

Coimbra

Organizada pela Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES).

Mais informações em: <http://15cn.es.apes.pt/>



▶ 19-21 outubro

7.º Congresso Internacional da APEGEL

Portalegre

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, (APEGEL) vai realizar sob o tema "Contratualização e Segurança dos Cuidados - Desafios à Gestão de Enfermagem".

Mais informações em: www.apegel.org



▶ 25-27 outubro

18.º Congresso Nacional de Pediatria

Porto

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), conta com "um forte contributo das 17 Secções e Sociedades da SPP, da Acta Pediátrica Portuguesa, das Comissões e Grupos de Trabalho da SPP e da Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente".

Mais informações em <http://18.spp-congressos.com.pt/>



Propriedades métricas da escala *London Chest Activity of Daily Living*

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Conhecer as propriedades métricas da escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Métodos:** Pesquisa nas bases de dados eletrônicas EBSCO Host – CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Collection, MEDLINE®, Google Académico e B-On, sendo os critérios de inclusão: Pessoa com DPOC; Estudo de pelo menos uma das propriedades métricas da escala LCADL (reprodutibilidade, validade e responsividade). **Resultados:** Unanimidade quanto à reprodutibilidade da escala LCADL, apresentando resultados de Alfa de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) elevados. A validade da escala foi estudada em múltiplas das suas dimensões, sendo que, em todas elas, mostrou ser válida. A LCADL demonstrou ser sensível à mudança, possuindo responsividade. **Conclusão:** Todas as propriedades métricas propostas no objetivo de estudo já foram verificadas. A LCADL é uma escala reprodutível, válida e com responsividade.

Descritores: *London Chest Activity of Daily Living*, DPOC, Psicometria.

ABSTRACT

Objective: To learn the metric properties of the *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) scale, in people with *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD).

Methods: Research on electronic databases EBSCO Host - CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection and Collection Cochrane, MEDLINE®, Google Scholar and B-On, with the following inclusion criteria: person with COPD; study of at least one of the metric properties of LCADL (reliability, validity and responsiveness).

Results: Unanimity regarding reproducibility of LCADL, presenting results of Cronbach's alpha and Intraclass Correlation Coefficient high. The validity of the scale was investigated in multiple of its dimensions, and proved to be valid in all of them. The LCADL shown to be sensitive to change, having responsiveness. **Conclusion:** All metrics properties proposed have already been verified. The LCADL scale is a reproducible, valid and responsiveness scale.

Keywords: *London Chest Activity of Daily Living*, COPD, psychometric.

Vânia Filipa Alves Latado, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria, CHLN. Pós-Graduação em Cuidados Intensivos para Enfermeiros. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Joana da Graça Casal**, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria, CHLN. Pós-Graduação em Cuidados Intensivos para Enfermeiros. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Susete de Jesus Cochicho Proença**, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Fernando Fonseca. Pós-Graduação em Urgência e Emergência. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **Maria Margarida Rodrigues Teixeira da Costa**, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Manoel Constâncio, CHMT. Pós-Graduação em Trauma Emergência e Apoio Humanitário. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestranda em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade da Beira Interior. **Vera Patrícia Jorge Castanheira**, Enfermeira no Instituto São João de Deus e no serviço de medicina do Hospital Beatriz Angelo. Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. **Luís Manuel Mota de Sousa**, Mestre. Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Investigador do CIIS. Vogal do Conselho de Enfermagem da Ordem dos enfermeiros.

BIO



... o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel importante ao ajudar a pessoa com DPOC na (re)definição de objectivos para os níveis máximos de independência funcional nas AVD (Atividades de Vida Diária), promoção do auto-cuidado, reforço de comportamentos de adaptação positiva e manutenção da acessibilidade,...



INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) consiste numa das principais causas de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade. Observa-se um aumento tendencial da perda de funcionalidade da população ativa e dos custos diretos decorrentes, exigindo uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde, com vista à promoção de diagnóstico precoce e adequado tratamento e reabilitação (DGS, 2005).

A DPOC define-se como um “estado patológico caracterizado por uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível. A limitação ventilatória é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos”. Evolui por exacerbações, cuja frequência aumenta com a gravidade da doença (DGS, 2005, p.6). Adicionalmente, a DPOC tem sido descrita como uma doença com consequências sistémicas como a perda progressiva do condicionamento físico e da força muscular, que geram importantes limitações funcionais (definidas como a redução da capacidade de realizar Atividades de Vida Diária), e consequentemente sociais, detendo um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Pitta *et al*, 2008).

Neste contexto, o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel importante ao ajudar a pessoa com DPOC na (re)definição de objectivos para os níveis máximos de independência funcional nas AVD (Atividades de Vida Diária), promoção do auto-cuidado, reforço de comportamentos de adaptação positiva e manutenção da acessibilidade, baseando-se em fundamentos teóricos e científicos (Hoeman, 2000).

A aplicação de instrumentos científicos que permitam objetivar o nível de limitação na realização de AVD, pela estreita relação entre a atividade física, morbilidade e mortalidade é um valioso recurso que poderá ser utilizado. O método mais simples e utilizado para a avaliação das limitações nas AVD consiste na aplicação de escalas de avaliação validadas no contexto pretendido e nas suas propriedades.

Garrod *et al*, (2000) desenvolveram a escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL), cujo objetivo





consiste na avaliação da limitação na realização das AVD da pessoa com DPOC. Segundo Garrod *et al*, (2000), citado em Carpes *et al*, (2008), este instrumento engloba quatro domínios de avaliação, nomeadamente, o cuidado pessoal (4 itens), o cuidado doméstico (6 itens), a atividade física (2 itens) e o lazer (3 itens), organizadas em 15 questões (itens). A pessoa atribui uma pontuação de 0 a 5 a cada questão, de acordo com a sua perceção de interferência da dispneia durante os últimos dias, na realização das atividades. Quanto maior a pontuação, maior a sua interferência na realização das AVD.

É calculada a pontuação em cada domínio e o *score* total obtido através da soma de todos os domínios, podendo variar de 0 a 75 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior a limitação nas AVDs.

METODOLOGIA

Objectivo

No sentido de desenvolver ferramentas válidas para avaliar a incapacidade funcional na pessoa com DPOC, propõem-se no presente estudo: Conhecer as propriedades métricas da escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) na pessoa com DPOC.

Assim, definiu-se para a presente RSL, a seguinte questão de investigação: **“Quais as propriedades métricas da escala LCADL na pessoa com DPOC?”**. A pesquisa sistemática da literatura definiu-se em função das questões de partida e palavras-chave mencionadas no Quadro1.

Critérios de seleção

Atendendo à especificidade do tema, bem como, à grande variedade de artigos/estudos existentes relacionados com o mesmo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, na medida em que facilitaram a localização e seleção dos artigos/estudos relevantes para o desenvolvimento da temática em questão (vide Quadro 2).

A análise das propriedades métricas foi feita de acordo com os critérios de Validade, Reprodutibilidade e Res-

Quadro 1 _ Questões de partida e palavras-chave da RSL

Critérios	Questões de partida	Palavras-chave
Participantes (P)	Pessoa com DPOC	<i>London Chest Activity of Daily Living</i> ; DPOC/COPD;
Intervenção (I)	Validação da escala LCADL	Psicometria / <i>Psychometric</i> ;
Outcomes (O)	Reprodutibilidade Validade Responsividade	Reprodutibilidade / <i>Reproducibility</i> ; Validade/ <i>Validity</i> ; Responsividade / <i>Responsiveness</i> .

Quadro 2 _ Critérios de seleção, inclusão e exclusão da RSL

Critérios	Questões de partida	Palavras-chave
Participantes (P)	Pessoa com DPOC	Crianças; Pessoa com outra patologia associada à DPOC.
Intervenção (I)	Validação da escala LCADL: Reprodutibilidade Validade Responsividade	Ausência de, pelo menos um, dos critérios de inclusão (Reprodutibilidade, Validade ou Responsividade).
Desenho do(s) estudo(s)	Estudos quantitativos	Revisões sistemática da literatura; Estudos qualitativos.

ponsividade (Barbetta & Assis, 2008; Leung, Trevena & Waters; 2012).

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa incluiu a procura em diferentes bases de dados eletrónicas, nomeadamente: EBSCO Host (2002 a Outubro de 2012) – CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Collection, que inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); MEDLINE®. Google Académico e B-On (2002 a Outubro 2012). Foi ainda consultado o repositório da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa, mas apenas se obtendo duplicatas dos artigos já pesquisados. Foram considerados artigos publicados no idioma português, inglês e espanhol. A pesquisa foi baseada na combinação das seguintes palavras-chave (em

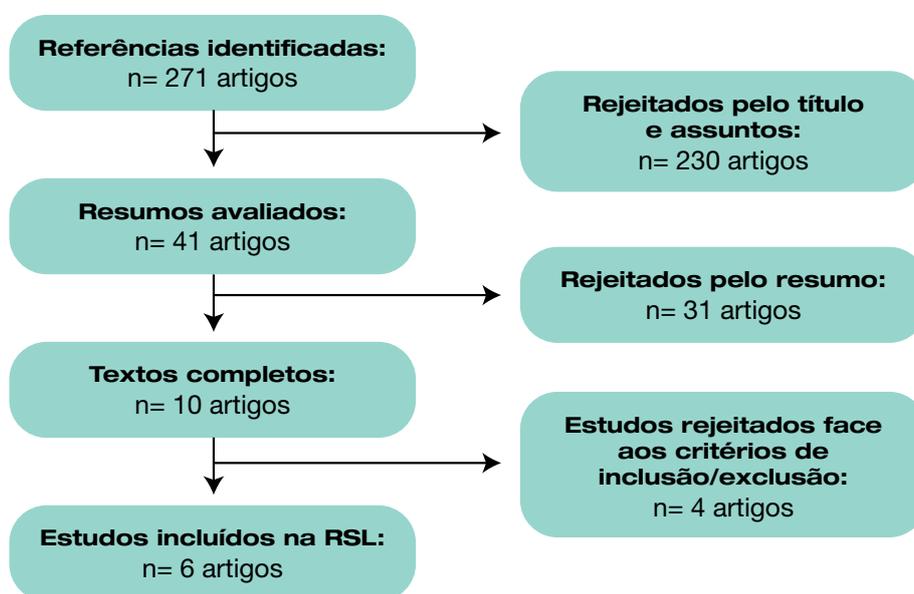


Figura 1 _ Seleção dos estudos pesquisados nas bases de dados electrónicas

idioma português e inglês): London Chest Activity of Daily Living, DPOC/COPD e Psicometria/ psychometric ou Reprodutibilidade/Reproducibility ou Validade/Validity ou Responsividade/Responsiveness.

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica resultaram 271 artigos para a seleção inicial, dos quais 230 foram rejeitados por título, e 31 por **abstract** por não integrarem os critérios de inclusão definidos. Dos 10 resultantes, 4 foram excluídos após análise do texto integral, tendo sido no final incluídos 6 artigos que preencheram os critérios de inclusão. A Figura 1 ilustra o fluxograma correspondente à pesquisa realizada.

Após a seleção dos seis artigos finais, procedeu-se à sua leitura integral e análise, tendo sido recolhida

informação sobre o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o nível de evidência dos estudos. A análise dos seis artigos incluídos na presente RSL encontra-se sistematizada no Quadro 3.

Foram incluídos nesta revisão sistemática da literatura seis artigos (Garrod & Wedzicha, 2002; Carpes *et al.*, 2008; Pitta *et al.*, 2008; Gonzales-Moro *et al.*, 2009; Hernandez *et al.*, 2009; Simon *et al.*, 2011), quatro foram publicados no Brasil, um em Espanha e outro no Reino Unido. Um artigo foi publicado em 2002, dois em 2008, dois em 2009 e um em 2011. As amostras variaram entre 19 e 1596. Todos os artigos são classificados como evidência III, isto é, obtida a partir de estudos bem desenhados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controlado pareado (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).



Quadro 3 _ Análise dos estudos incluídos na RSL

Autor, Ano, País	Participantes	Resultados	Nível de evidência
R. Garrod, E.A. Paul and J.A. Wedzicha, 2002, U.K.	Amostra para reprodutibilidade – 19 participantes; com idade média 66 (55-79) anos. 100% amostra com DPOC severa. Amostra para sensibilidade – 59 participantes; com idade média 66 (38- 84) anos.	Reprodutibilidade: Intra-observador - IC $r = 0.96$ para o score total da LCADL com Alfa-Cronbach 0.98. Sensibilidade: Com exceção da componente doméstica, todos os domínios do LCADL apresentaram uma redução estatisticamente significativa na dispneia durante a execução das AVD após reabilitação pulmonar. Houve uma melhoria estatisticamente significativa no escore total LCADL (diferença média (IC 95%) de -5,91 (de -9,23 para -2,60) após a reabilitação.	III
Carpes et al., 2008, Brasil.	31 Participantes: 24 mulheres e 7 homens; com idade média de 65 anos. 100% da amostra com DPOC grave.	Validade: Correlação negativa entre o VEF_1 e TC6 e o score total da escala LCADL ($r = -0,75$; $p < 0.01$) validade concorrente moderada positiva. Reprodutibilidade: Inter-observador com Alfa-Cronbach de 0,97 e intra-observador de 0,96.	III
Pitta et al., 2008, Brasil.	31 Participantes: 17 homens, 16 mulheres, com idade média de 69 ± 7 anos. 100% da amostra com DPOC em condição estável, sem exacerbação ou infecção nos últimos 3 meses, ausência de cardiopatia grave ou instável, ausência de outras condições ou patologias graves.	Validade: Foram observadas correlações significativas do score total da LCADL com os domínios e o score total do SGRQ - $0.36 < r < 0.74$, $p < 0.05$ para todos. O score total da LCADL correlacionou-se também significativamente com a distância percorrida no TC6 ($r = -0.48$; $p = 0.006$) Reprodutibilidade: Intra-observador com IC $r = 0.98$ para o score total da LCADL, sem evidência de diferenças estatisticamente significativas na comparação entre a aplicação e reaplicação da LCADL (dias 1 e 2) a mostrar boa concordância com Alfa-Cronbach de 0,86 – bom.	III
Gonzales-Moro, J. et al., 2009, Espanha	1596 Participantes com DPOC moderada (estadio II – GOLD) e 2012 Participantes com DPOC severa ou muito severa (estadio III/IV – GOLD), idade superior 40 anos.	Validade: Nos participantes com DPOC severa/muito severa score total da LCADL, em média, é 29.6 com $p < 0,0001$. Nos participantes com DPOC moderada score total LCADL, em média, é de 21.4 com $p < 0,001$.	III
Hernandes N. et al., 2009, Brasil.	40 Participantes com DPOC: 18 homens, com idade média de 66 ± 8 anos, estabilidade clínica, sem infecções ou exacerbações nos últimos 3 meses.	Validade: Correlação negativa entre a intensidade do movimento com o domínio cuidados pessoais e score total da escala LCADL com $-0,32 \leq r \leq -0,58$; $p < 0,05$.	III
Simon, K. et al., 2011, Brasil.	39 Participantes: 28 homens com idade média de 66 ± 8 anos. 100% da amostra com DPOC, nos estadios 2, 3 e 4 do GOLD; história de tabagismo acima de 20 anos-maço e estabilidade clínica no último mês antes do início do protocolo.	Validade: A LCADL%total apresentou correlação com o BODE ($r=0,65$, $p<0,05$) e com as variáveis VEF_1 , dispneia e distância no TC6min ($r=-0,42$; $r=0,76$ e $r=-0,67$, respectivamente; $p<0,05$).	III

Legenda: AVD – Atividades de Vida Diária; BODE - Body Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea e Exercise Capacity; DPOC – Doença pulmonar Obstrutiva Crônica; IC – intervalo de confiança; LCADL - London Chest Activity of Daily Living; SGRQ-Saint George Respiratory Questionnaire; TC6min – Teste de Caminhada de 6 minutos; VEF_1 - Volume Expiratório Forçado no Primeiro segundo.

O resumo da análise sobre as propriedades métricas da escala LCADL encontra-se disponível no Quadro 4.

A fiabilidade intra-observador foi avaliada em três estudos (Garrod & Wedzicha, 2002; Carpes *et al*, 2008; Pitta *et al*, 2008), a fiabilidade inter-observador em um

estudo (Carpes *et al*, 2008), a validade em cinco estudos (Carpes *et al*, 2008; Pitta *et al*, 2008; Gonzales-Moro *et al*, 2009; Hernandez *et al*, 2009; Simon *et al*, 2011), e a responsividade em apenas um estudo (Garrod & Wedzicha, 2002).

Quadro 4 _ **Resumo da avaliação das propriedades métricas da LCADL por artigo**

Autor	Reprodutibilidade		Validade	Responsividade
	Fiabilidade Intra-observador	Fiabilidade Inter-observador		
Garrod & Wedzicha, 2002, U.K.	X			X
Carpes <i>et al</i> , 2008, Brasil	X	X	X	
Pitta <i>et al</i> , 2008, Brasil	X		X	
Gonzales-Moro <i>et al</i> , 2009, Espanha			X	
Hernandes <i>et al</i> , 2009, Brasil			X	
Simon <i>et al</i> , 2011, Brasil			X	



... salienta-se a importância da utilização de competências especializadas e de escalas válidas e fiáveis pelos Enfermeiros em geral e especialistas em Enfermagem de Reabilitação em particular, de forma a medir os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem....



DISCUSSÃO

Remetendo para a questão de investigação definida “Quais as propriedades métricas da escala LCADL na pessoa com DPOC?”,

Todos os autores foram unânimes quanto à reprodutibilidade da escala LCADL, apresentando resultados de Alfa de Cronbach e CCI elevados, sendo que o estudo efetuado por Carpes *et al*, (2008) atesta esta propriedade nas suas duas dimensões. A validade da escala foi confirmada nas suas dimensões, mostrando ser válida. A validade concorrente foi a mais investigada, e verificou-se que escala LCADL se correlaciona significativamente com a distância percorrida no TC6 minutos, o que confirma a ligação entre as limitações nas AVD e a capacidade funcional de exercício. Segundo Carpes *et al*, (2008) pesquisas recentes mostraram que o TC6 minutos é possivelmente o teste funcional que melhor reflete o nível de actividade física na vida diária em pessoas com DPOC.

A correlação significativa entre Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) com todos os domínios da LCADL surge como outro dos principais critérios de validação, tanto no seu score total, como nos sub-

cores específicos. Relativamente à Responsividade, Garrod & Wedzicha (2002), consideram que a escala LCADL evidencia uma significativa redução da dispneia durante as AVD após 6 semanas de reabilitação pulmonar, o que permite concluir que a escala é sensível à mudança, possuindo responsividade.

O estudo realizado pelos autores Carpes *et al*, (2008) verificou as propriedades métricas da escala versão portuguesa, concluindo que a LCADL não só é válida e reprodutível, como é válida na versão portuguesa, em doentes com DPOC.

A habilidade para lidar com as AVD não está necessariamente relacionada com o aumento da capacidade funcional. Assim, deverá ser alvo de consideração a avaliação do desempenho na vida real pela sua complexidade e dificuldade de padronização, assentando habitualmente nos relatos das pessoas com DPOC e, como tal, difícil de reprodução (DGS, 2009). Sendo a LCADL uma escala válida, reprodutível e com responsividade, tal como demonstrado através da análise dos seis artigos incluídos na presente RLS, recomenda-se a utilização da escala LCADL para avaliar a limitação das AVD em pessoas com DPOC, bem como, a resposta da pessoa a um programa de reabilitação pulmonar (B III).

Conclusão

A presente RSL permitiu comprovar que todas as propriedades métricas propostas no objetivo de estudo já foram verificadas e permitem concluir que a LCADL é uma escala reprodutível, válida e com responsividade. Não obstante, apenas um estudo verifica a responsividade. Daqui, emerge a pertinência e relevância científica em elaborar mais estudos sobre esta propriedade (responsividade), com o intuito de consolidar a sua existência.

Conclui-se, de forma específica, que compete ao enfermeiro avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações na atividade e capacidade funcional da pessoa. Tal implica uma avaliação da capacidade funcional da pessoa, através do uso de escalas previamente validadas para avaliar as AVD, bem como, identificação de fatores facilitadores ou inibidores da realização das mesmas. Deste facto, salienta-se a importância da utilização de competências especializadas e de escalas válidas e fiáveis pelos enfermeiros em geral e especialistas em Enfermagem de Reabilitação em particular, de forma a medir os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Deste modo salienta-se a importância da utilização de competências especializadas e de instrumentos de medida válidos e fiáveis e que os mesmos tenham tradução nos resultados e no plano de intervenção desenvolvido, possibilitando a obtenção de indicadores dos ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Barbetta, D. D. C., & Assis, M. R. (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura. *Acta fisiatrica*, 15(3), 176-181.
- Bugalho, A., & Neuparth, N. (2002). Associação entre a reversibilidade brônquica ea inflamação das vias aéreas em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 8(6), 547-580.
- Carpes, M. F., Mayer, A. F., Simon, K. M., Jardim, J. R., & Garrod, R. (2008). Versão brasileira da escala London Chest Activity of Daily Living para uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(3), 143-51.
- Direcção Geral de Saúde (2005) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular Normativa Nº: 04/DGCG de 17/03/05. Disponível em www.dgsaude.pt. [Consultado a 25 Novembro de 2012].
- Direcção Geral de Saúde (2009) Orientações técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular Informativa 40A/DSPCD de 27/10/2009. Disponível em www.dgsaude.pt. [Consultado a 25 Novembro de 2012].
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Mendes, I. A. C. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37(4), 43-50.
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: e curso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 549-56.
- Garrod, R., Paul, E. A., & Wedzicha, J. A. (2002). An evaluation of the reliability and sensitivity of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL). *Respiratory medicine*, 96(9), 725-730.
- Global initiative for chronic obstructive lung disease: global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) (2009). Disponível em: URL: <http://www.goldcopd.org> [consultado a 25 de Outubro de 2012].
- Hernandes, N. A., Teixeira, D. C., Probst, V. S., Brunetto, A. F., Ramos, E. M. C., & Pitta, F. (2009). Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 949-956.
- Hoeman, S. P. (2000) *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.
- Leung, K., Trevena L. & Waters, D. (2012). Development of an appraisal tool to evaluate strength of an instrument or outcome measure. *Nurse Researcher*, 20 (2), 13-19.
- Magalhães, M. M. A. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*, 20, 26-39.
- Muñoz, S. I. S., Takayanagui, A. M. M., Santos, C. B., & Sanches-Weatman, O. (2002). Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 2-3.
- Pitta, F., Probst, V. S., Kovelis, D., Segretti, N. O., Leoni, A. M., Garrod, R., & Brunetto, A. F. (2008). Validation of the Portuguese version of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL) in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 14(1), 27-47.
- Pollit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. *Tradução de Ana Thorell*. São Paulo: Editora Artmed.
- Ramalho, A. (2006) Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise: Estrutura funções e Utilização na Investigação em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 64, 51-56.
- Rodriguez Gonzalez-Moro, J. M., de Lucas Ramos, P., Izquierdo Alonso, J. L., López-Muñiz Ballesteros, B., Antón Díaz, E., Ribera, X., & Martín, A. (2009). Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *International journal of clinical practice*, 63(5), 742-750.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., Lucio, P. B., Murad, F. C., & Garcia, A. G. Q. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Macgraw – Hill Interamericana do Brasil, Lda,
- Santos, C.M.C., Pimenta, C.A.M., Nobre, M.R.C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(3):508-11.
- Simon, K. M., Carpes, M. F., Corrêa, K. S., Santos, K. D., Karloh, M., & Mayer, A. F. (2011). Relationship between daily living activities (ADL) limitation and the BODE index in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(3), 212-218.



O direito de Brincar... *também nos* **CUIDADOS INTENSIVOS**

RESUMO

O acto de brincar apresenta-se como um importante recurso para promover o desenvolvimento e o bem-estar da criança, assim como, facilitar a compreensão do mundo que a rodeia. Em contexto de internamento em cuidados intensivos pediátricos, o brincar é uma estratégia efetiva de intervenção de enfermagem pediátrica para ultrapassar as barreiras provocadas pela hospitalização. A reflexão sobre esta problemática resulta da prática clínica numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde os enfermeiros se constituem como os principais promotores desta actividade.

Palavras-chave: brincar, hospitalização, UCI.



INTRODUÇÃO

Através da brincadeira a criança aprende o que mais ninguém lhe pode ensinar. Segundo Hockenberry (2006), aprende sobre si própria o que pode fazer, como relacionar-se com as coisas e situações e como se adaptar às “regras” impostas pela sociedade. No hospital, os brinquedos desempenham um papel vital na vida diária da criança, não sendo menos importantes do que qualquer outro material / equipamento hospitalar, pois proporcionam um meio para libertar tensões e *stress*. Recorrendo à brincadeira / brincadeira terapêutica, a criança é ajudada a melhor controlar os seus medos e preocupações. Proporcionando-lhe oportunidades para jogar, desenhar, pintar ou manipular material hospitalar específico (seringa, adesivo, pensos, por exemplo), permite-lhe explorar as suas fantasias acerca desses materiais e procedimentos associados que mais a assustam.

No entanto, a possibilidade de brincar numa UCI pediátrica, pode estar condicionada pelas próprias características do contexto em que ocorre, assim como pela própria situação clínica da criança. Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2010) e, independentemente da situação, os hospitais deverão ter espaços adequados a todas as crianças de modo a proporcionar atividades educativas e de lazer, onde o brincar se inclui.

Neste sentido, pretende-se com a elaboração deste artigo:

- Reflectir sobre a importância do brincar / brincar terapêutico numa UCI pediátrica;
- Apresentar as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros da UCI pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de Dona Estefânia, para o brincar / brincadeira terapêutica.

BRINCAR: QUE IMPORTÂNCIA PARA A CRIANÇA?

Brincar constitui uma necessidade básica da criança que surge nos primeiros dias de vida e se desenvolve durante todo o seu processo de crescimento e desen-

volvimento (físico, mental, emocional e social). É uma actividade basilar do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e «*um direito fundamental reconhecido pela convenção dos direitos da criança*» (ONU citada por Ferland 2006, p.30). Funciona como elo de ligação entre a criança e o meio que a rodeia (Ferland, 2006; Hockenberry, 2006; Opperman & Cassandra, 2001). Santos citado por Azevedo *et al.* (2007) considera ainda que, brincar se revela um importante instrumento de distração e oportunidade para a criança aprender e desenvolver as suas habilidades. Ao brincar, a criança pode viver simbolicamente as suas fantasias, explorar e dominar o mundo à sua volta, assim como a sua ansiedade.

No entanto, como refere Ferlander (2006, p.27), para brincar «*a criança necessita de tempo, de espaço, de material, de parceiros, mas sobretudo que o seu ambiente reconheça a esta atividade a devida importância*».

Ao brincar no hospital a criança modifica o ambiente em que se encontra, aproximando-o do seu quotidiano, funcionando como um efeito positivo relativamente à sua estadia e recuperação (Castro *et al.*, 2010).

BRINCAR NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Embora uma UCI seja um local fortemente equipado tecnologicamente para assistir utentes em situação crítica, no qual o estado físico se encontra bastante comprometido (Marques & Morais, 2003), há situações em que a doença permite à criança manter algumas das suas habituais atividades de vida. Dessas atividades, destaca-se o brincar, que, tal como afirmam alguns autores (Hockenberry, 2006; Tavares, 2008; Valeriano & Diogo, 2001), a necessidade de brincar não pára quando a criança está doente ou no hospital. Este facto acaba por desempenhar um papel importante perante o internamento hospitalar, designadamente, funcionando como elemento de equilíbrio à experiência de hospitalização. O brinquedo / brincar permite que a criança identifique os seus próprios conceitos sobre a doença, equipa de saúde e ambiente hospitalar, contribuindo para a adaptação à nova situação e proporcionando-lhe meios para obter um maior

“ Ao brincar no hospital a criança modifica o ambiente em que se encontra, aproximando-o do seu cotidiano, funcionando como um efeito positivo relativamente à sua estadia e recuperação. ”

controlo sobre a experiência que vivencia. Ao brincar a criança reinventa o seu mundo, explora os seus próprios limites através do “faz de conta”, podendo dessa forma conseguir lidar melhor com as adversidades.

Deste modo, é possível numa UCI associar às sofisticadas intervenções médicas, de enfermagem e técnicas, e ao ambiente muito próprio, hiperativo e algo assustador (Carpenter & Carpenter, 2003), atividades lúdicas. Essas atividades proporcionam um meio para a criança libertar os seus medos, preocupações e o stress (Castro *et al.*, 2010; Hockenberry, 2006; Mitre & Gomes, 2004). Através do brincar, a criança tem assim a possibilidade de “disfarçar” o cotidiano hospitalar, criando uma realidade própria que lhe permite alternar entre o mundo real e o imaginário (Mitre & Gomes, 2004), aumentando a sua sensação de bem-estar (Zengerle-Levy, 2006).

A importância do brincar está contemplado na Carta da Criança Hospitalizada, nomeadamente no seu Princípio 6, onde se afirma que, as crianças devem beneficiar de «jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança (...)», (Instituto de Apoio à Criança, p.52, 2000).

Na UCI, além da “normal atividade” de brincar da criança, sempre que seja exequível, a brincadeira é também utilizada com funções terapêuticas.

A BRINCADEIRA TERAPÊUTICA

Como técnica, esta forma de brincar estruturada permite a diminuição da ansiedade, alívio de tensões e a expressão segura dos sentimentos, através da projeção e transferência desses sentimentos aos personagens da brincadeira, ou mesmo ao enfermeiro, funcionando como uma “história do faz-de-conta” (Winnicott citado por Azevedo *et al.*, 2007).

Segundo Glasper & Haggarty citados por Tavares (2011), a brincadeira terapêutica centra-se na experiência que a criança está a vivenciar ou já vivenciou anteriormente, funcionando a brincadeira como “veículo de transmissão” entre criança – enfermeiro – criança.

Pode ser utilizada em diferentes contextos hospitalares, sempre que a criança tenha de lidar com uma situação atípica e ameaçadora para a sua idade / estadio de desenvolvimento. É vantajoso a utilização de um boneco ou jogo, para que a criança possa ver, manipular e relacionar com o que na realidade lhe vai acontecer.

Nos cuidados intensivos brincar é assim uma forma da criança lidar criativamente com a sua realidade (Esquema 1). A experiência profissional e a realidade vivenciada permite constatar que o brincar e o brincar terapêutico possibilitam:

- Melhor compreensão das necessidades da criança;
- Maior facilidade em obter a sua confiança;
- Maior adesão aos cuidados / procedimentos;
- Construir uma imagem do enfermeiro menos ameaçadora;
- Promover o vínculo enfermeiro – criança;
- Aumentar a satisfação e a espontaneidade;
- Diminuir os comportamentos agressivos;



- Melhorar a adaptação ao ambiente dos cuidados intensivos / hospital.

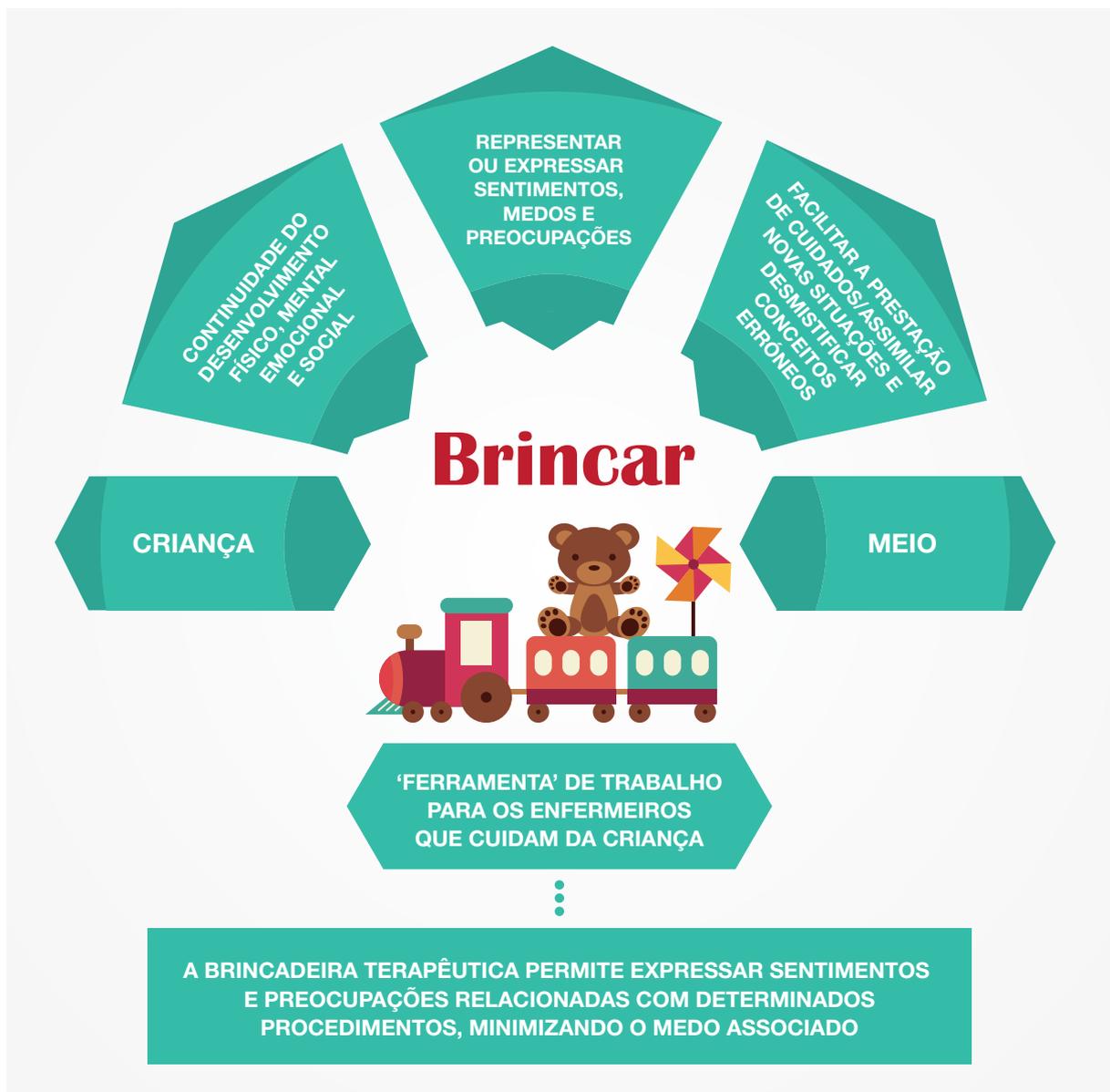
A participação dos pais / família nas atividades lúdicas é um aspecto também importante, pois transmite uma maior confiança à criança e aumenta o vínculo afetivo (Lemos, Pereira, Andrade & Andrade, 2010).

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA UCI PEDIÁTRICA

A brincadeira na UCI visa essencialmente proporcionar uma melhor adaptação da criança ao ambiente hospitalar, de forma a modificar a aparência hostil imposta pela natureza da situação, transformando o internamento numa experiência menos agressiva e mais agradável. No fundo procura-se aproximar, na medida do possível, o cotidiano hospitalar ao da criança. Dependendo da situação clínica, na Unidade são utilizadas pelos enfermeiros muitas das estratégias descritas na literatura e em estudos realizados sobre a temática

(Lemos, Pereira, Andrade & Andrade, 2010; Mitre & Gomes, 2004; Pedro, 2007; Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Tavares, 2011), destacando-se das principais actividades / estratégias utilizadas as seguintes:

- Realização de desenhos / pinturas: constitui um excelente meio para a expressão de sentimentos relacionados com a doença, a hospitalização, a família e a equipa de saúde;
- Leitura de histórias: a leitura é utilizada como um momento de descontração e promoção da experiência imaginária da criança. Ao mesmo tempo, pretende-se proporcionar a pacificação das emoções. Como referem Matthews & Lonsdale citados por Caldin (2001), através da leitura imaginativa de um conto proporciona-se a identificação com uma personagem, a projeção (a criança discerne a ligação da personagem com o seu caso), a introspeção (a criança entende e educa as suas emoções), procedendo depois à catarse (a resposta emocional);



Esquema 1. **Brincar nos Cuidados Intensivos**

- Visualização de desenhos animados / canais infantis: os desenhos animados exercem um grande fascínio sobre as crianças, pois desde cedo têm contacto com a televisão. Desse contacto surge o encanto pelas cores, sons, personagens, fantasia e imaginação. O desenho animado é sinónimo de diversão e desvinculação da realidade. Todos os quartos dispõem de televisão com acesso a canais infantis, mas é também proporcionado aos pais trazerem um leitor de DVD portátil para a criança ver o seu filme de eleição;
- Contacto com o brinquedo / objeto preferido: este brinquedo e/ou objecto significativo trazido pelos pais pode ser levado para a cama da criança, contribuindo para um maior controle e segurança sobre a situação que enfrenta (foto 1);
- Brincadeira: a sua integração, ou não, nos cuidados (instrumento terapêutico) assume um importante papel na diminuição do medo, ansiedade e angústia relativa à hospitalização. Contribui igualmente para uma melhor adesão aos cuidados / tratamentos. Neste jogo do “faz de conta” a criança acaba por transferir os seus medos para os bonecos, associando o tratamento do boneco à forma como ela será tratada; por exemplo, um procedimento específico como a punção venosa periférica para colocação de soro endovenoso é realizado primeiramente no seu boneco, para depois ser executado na criança, ou vice-versa, conforme o que for “negociado” entre a criança e o enfermeiro; todos os detalhes são considerados (foto 2): cateter, adesivos, prolongamento, tala de imobilização, bomba perfusora;
- Visita dos “doutores palhaços”: proporcionam um ambiente mais alegre, descontraído, amenizando as sensações desagradáveis da hospitalização. Nestas visitas semanais, por vezes, os “doutores palhaços” associam à sua intervenção a música, utilizando todos os seus elementos – ritmo, som, melodia, timbres e harmonia. Esta música relaxante e com ritmo simples, na grande maioria das vezes é capaz de diminuir a ansiedade, o desconforto, tranquilizar a criança e despertar a sua atenção.

Apesar destas atividades / estratégias serem na sua maioria utilizadas no dia-a-dia (adaptadas às limitações e especificidades da criança e do ambiente envolvente), considera-se que seria vantajoso a existência de um projeto de intervenção nesta área, que possibilitasse dar uma maior ênfase e consistência à atividade de brincar na UCI. O facto de se estar em ambiente de cuidados intensivos, onde impera a dedicação à prestação de cuidados à criança em situação crítica com risco ou falência das funções vitais, conduz a que, por vezes, a componente técnica e científica prevaleça perante a emocional, apesar da importância e preocupação evidenciada pela equipa de enfermagem no planeamento de atividades relacionadas com a distração da criança que promovam o seu bem-estar, não apenas o bem-estar físico, mas também psicológico.



Foto 1. O brinquedo / Objecto preferido



Foto 2. “Faz de conta”

Conclusão

Brincar mostra-se como uma estratégia capaz de facilitar a adaptação da criança ao hospital / UCI, adesão ao tratamento e diminuição dos sentimentos de medo, ansiedade, irritabilidade, entre outros. Contribui para melhorar o humor e favorecer a distração.

A utilização da brincadeira como instrumento terapêutico proporciona-lhe novas situações de aprendizagem sobre si e sobre o ambiente hospitalar. Ao fazer a ponte entre a fantasia e a realidade, a brincadeira possibilita encarar de forma menos ameaçadora os procedimentos e a própria experiência de hospitalização.

Perante esta realidade, considera-se que o enfermeiro nos cuidados intensivos pediátricos deve encarar cada vez mais o brincar como uma “ferramenta de trabalho”, que será a base do relacionamento terapêutico em todos os momentos do cuidar. Desta forma terá uma melhor compreensão das necessidades e sentimentos da criança, o que lhe permite também esclarecer ideias / conceitos pré-estabelecidos e/ou distorcidos da realidade, além de tornar o ambiente menos agressivo e hostil.

BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde (2010). O respeito dos direitos da criança no hospital. Acedido em Janeiro 29, 2012, em <http://pns.dgs.pt/files/2010/10/c-acs.pdf>
- Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N. & Simpson, C. A. (2007). *O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipa de saúde*. Acedido em Outubro 11, 2009, em <http://periodicos.uem.br>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica* (2 Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batista, A., Videira, C., Ramos, S. & Costa, C. A. (2004). A criança, o hospital e o brincar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 9, 3-13.
- Caldin, C. F. (2001). A leitura como função terapêutica: biblioterapia. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*. Acedido em Junho 20, 2007, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14701204.pdf>
- Castro, D. P. et al. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria* (São Paulo). Acedido em Março 26, 2011, em <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1360.pdf>
- Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida* (1 Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hockenberry, M. J. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Instituto de Apoio à Criança (2001). *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Lemos, L. M., Pereira, W. J., Andrade, J. S. & Andrade, A. S. (2010). Vamos cuidar com brinquedos? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 950-955. Acedido em Março 26, 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/13.pdf>
- Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfreteamento da hospitalização. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 23-41.
- Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*. Acedido em Junho 20, 2007, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>
- Nabais, A. J. S. A. (2005). Pensar a criança – como organizamos o mundo da criança. *Pensar Enfermagem*, 9 (2), 68-71.
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Promover o desenvolvimento infantil da criança. *Cadernos OE*, 3 (1), 67-99.
- Pedro, I. C. S. et al. (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Acedido em Julho 4, 2010, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/pt_v15n2a15.pdf
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Silva, A. I. M. (2005). Brincar terapêutico. *Informar*, 34, 49-51.
- Schmitz, S., Piccoli, M. & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Acedido em Junho 4, 2010, em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/785/882>
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Valeriano, J. & Diogo, P. (2001). O brincar: actividade de desenvolvimento e de adaptação à vida. *Servir*, 49 (3), 110-116.
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the child who is alone in the hospital. *Pediatric Nursing*, 32 (3), 226-231.

ARMANDINA DO CARMO ANTUNES

ENFERMEIRA DIRETORA DO CHLC



ACE: Ser Enfermeira Diretora de uma instituição com a dimensão do CHLC, EPE quase parece uma tarefa hercúlea. Qual a estratégia que delineou para este seu percurso? Qual o maior desafio?

Armandina Antunes: O tamanho da tarefa só pode ser levada a cabo com uma grande equipa, motivada pela pertença a esta instituição, historicamente diversificada. O CHLC tem cerca de 7600 colaboradores, dos quais, 2500 são enfermeiros. Cada um de nós, no seu espaço de intervenção, enfrenta e responde os desafios que se lhe colocam. À enfermeira diretora, o seu maior desafio, é conseguir chegar a cada um dos profissionais duma forma efetiva e atempada para uma resposta única e consolidada ao mesmo repto. Esta é uma preocupação partilhada pela equipa Conselho de Administração.

Importa melhorar as redes de comunicação tornando-as mais capazes de anular o(s) ruído(s) por forma a que as mensagens cheguem claras e, acima de tudo, que seja salvaguardada a intencionalidade do mensageiro.

Ouvir, foi um compromisso assumido desde o início, partindo do princípio de que há sempre espaço para outra forma de fazer bem, e que pode sempre haver outras formas e outras variáveis a ter em consideração. Esta é provavelmente a estratégia mais importante.



Entrega de emblemas HSAC

Desta forma, têm sido realizadas reuniões periódicas com os diversos responsáveis, nos diferentes níveis de coordenação. Por outro lado, tenho falado com todos os que me procuram, constituindo uma oportunidade para exposição e discussão de outros pontos de vista.

Outro ponto importante tem sido o procurar e criar acesso a informação relevante, em tempo real, que permita decisões mais informadas e tendencialmente mais adequadas e justas.

O envolvimento de toda a organização e o chamar todas as áreas para a resolução dos problemas, como foi exemplo a implementação do plano de contingência do último inverno é um exemplo de como é possível unir esforços e atingir objetivos difíceis.

Estamos ainda a trabalhar na articulação com o ensino e a investigação por forma a melhorar a formação, a sustentabilidade dos projetos desenvolvidos e a desenvolver nas unidades, com ganhos observáveis para a prática dos cuidados.

Em suma, diria que o desafio e a estratégia delineados, passam pelo envolvimento e integração desta grande equipa na resolução dos problemas, no sentido do crescimento desta grande instituição

ACE: Hospital novo, quimera ou realidade? Que implicações para os enfermeiros?

Uma grande parte de nós já viveu momentos em que acreditámos que o novo hospital estaria para breve. A vivência de diversos períodos destes resulta que hoje parecemos um tanto descrentes. Acredito sinceramente que o desenvolvimento dos trabalhos pode, no curto prazo dar frutos e teremos efetivamente uma instituição desenvolvida de raiz onde será seguramente mais facilitado o desenvolvimento de práticas mais consentâneas, nomeadamente no que reporta às exigências atuais de segurança do doente, mas também de ambientes mais acolhedores para os que nos procuram, a par de melhores condições de trabalho.

O Conselho de Administração tem estado empenhado em preparar esse caminho, quer no acompanhamento do projeto do novo Hospital, quer na preparação das equipas e ambientes para essa transição.

ACE: Em janeiro de 2015 os enfermeiros passaram a ter um novo sistema de avaliação, SIADAP. Qual a sua opinião? Em que fase do processo se encontra a enfermagem do CHLC, EPE?

Sim, iniciámos este processo numa forma séria e sustentada. Fomos percebendo, no tempo, que uma grande parte das regras impostas é de uma complexidade enorme e que associadas à mudança legislativa da Carreira de Enfermagem conduziram os enfermeiros a um labirinto legal de difícil resolução e implementação, quer da avaliação do desempenho quer da própria carreira. Sabemos hoje, que esta é uma realidade a nível nacional onde se enquadram a grande maioria das instituições.

Estamos agora a trabalhar, no respeito pelo trabalho já construído desde 2015, por forma a melhorar os processos, tornando-os passíveis de concluir em todas as unidades.

O sistema de avaliação de desempenho encerra um processo que promove uma visão conjunta dos objetivos institucionais e de cada unidade, ao mesmo tempo que apoia o crescimento individual, a partir das necessidades reconhecidas e ajustadas a cada contexto.

ACE: O SCD's foi e é considerada uma importante ferramenta de gestão. Contudo dentro do CHLC, EPE nem todas as unidades o utilizam, porquê? Como pensa resolver esta assimetria?

Efetivamente esta é uma importante ferramenta de gestão que pode e deve ser incrementada, entendendo que faz mais sentido na medida em que a informação seja transversal. A informação que pode apoiar a decisão relativamente à mobilidade e afetação dos enfermeiros



Reunião do Conselho de Administração com os funcionários do CHLC,EPE

é primordial numa instituição tão diversificada quanto esta, mas é também uma instrumento de melhoria contínua no que reporta à monitorização e adequabilidade entre o planeado e o realizado, avaliado continuamente em auditorias internas e externas.

Planeamos o seu alargamento a todas as unidades (possíveis), na medida em que possamos contar com o apoio da ACSS. Já se fez uma tentativa de iniciar este alargamento, o qual não foi possível por só ser exequível com apoio desta estrutura central.

Sabemos entretanto que está em desenvolvimento ligação do SCD ao SClinico, o que poderá facilitar o alargamento a todo o CHLC, num processo mais facilitado e bem mais integrado. Esperemos que ainda este ano se consiga, pelo menos iniciar este percurso.

ACE: Que mensagem gostaria de partilhar com os seus enfermeiros?

Uma mensagem de força. Há que acreditar que no dia a dia cada um de nós, integrado na equipa de Enfer-

magem e, no desempenho da sua atividade profissional, pode fazer a diferença e ir fazendo caminho para o desenvolvimento e para a afirmação de maior autonomia da profissão. Se individualmente esse fazer e esse estar é importante, ele toma particular relevo no seio da equipa. Assim, é em complementaridade com os restantes elementos da equipa multidisciplinar que se desenvolve toda a nossa atividade. Percebendo e assumindo o papel que a sociedade nos pede, destaco o empenho na melhoria do bem estar das pessoas que nos procuram, substituindo-as sempre que necessário, capacitando-as e/ou sendo facilitadores nos processos de transição.

No fundo, é em torno deste objetivo que desenvolvemos toda a nossa atividade, seja qual for a área de atuação, na prestação de cuidados ou na gestão.

Devo partilhar ainda que, este ano e alguns meses têm sido desafiantes. Muito trabalhosos, mas com muitas ajudas daqueles com quem trabalho diretamente todos os dias, mas também de outros, sempre disponíveis, seja para ajudar a pensar ou apenas para ouvir.

Armandina do Carmo Antunes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desde 1994 - ESEMFResende. Enfermeira Chefe do CHLC desde 1995. Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Saúde do IPS desde 2003. Mestre em Ciências de Enfermagem (2002 - Universidade Católica Portuguesa) e Especialista na Área Científica de Enfermagem - Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Membro da Comissão de Ética para Saúde (CES) da ARSLVT - Secção de Investigação; desde Maio de 2012. Membro da CES do CHLC - 2009-2016; desde 2006 a CES do HSM. Na área da Gestão: Enfermeira Coordenadora da Área de Medicina - 2008 a 2016; Pneumologia - 2006-2016; Medicina Interna e Pneumologia (1995-2000); Direção dos Serviços de Enfermagem 2000-2006; Membro da Comissão Coordenadora do Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (SFAP) 2000-2006. Vice-presidente da Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros - 1999-2003. No CHLC exerceu ainda funções no Serviço de Cirurgia Cardiorácica - 1990-1995 e no Serviço de Cirurgia Geral e Vasculuar - 1986-1990. Iniciou a profissão no Hospital Distrital de Setúbal - 1985-1986.

BIO



Aconteceu



Realizaram-se no dia 20, 21, 22 de Abril de 2017 no hotel Olaias Park, em Lisboa, as **II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem**, sob o lema **“Reabilitação Respiratória & Gestão integrada da Doença Respiratória Crónica: Do Hospital para os Cuidados de Saúde Primários”**.

Estas Jornadas afirmaram-se, mais uma vez, uma iniciativa em que o sucesso foi evidente graças à elevada participação dos colegas (mais de 450 inscritos) e de todas as entidades presentes. A Comissão organizadora agradece a inestimável colaboração de todos! Deixamos ainda, um agradecimento especial à ACE na pessoa da Senhora Enfermeira Filomena Leal, pelo voto de confiança.

As datas da realização destas II Jornadas, não foram escolhidas por acaso! O ano 2017 é um ano dedicado à Reabilitação Respiratória, celebrando-se no dia **21 de Abril - O dia Nacional da Reabilitação Respiratória**. Nesta perspetiva, a comemoração do dia da Reabilitação Respiratória foi um dos pontos mais altos destas Jornadas, assinalado por um momento solene, único e memorável, na conferência de abertura das Jornadas intitulada **“Reabilitação do Doente Respiratório crónico: uma necessidade em Portugal”**, com a honrosa presença de prestigiados palestrantes e Sociedades Científicas da área respiratória. Fomos presenteados por um momento musical alusivo ao dia da Nacional da Reabilitação Respiratória intitulado **“Respira, Inspira, Expira”**, onde todos dançaram e cantaram, celebrando o dia da Reabilitação Respiratória.

Seguindo-se, um segundo momento de homenagem às fundadoras da Reabilitação Respiratória em Portugal, respetivamente, à Doutora Camila Canteiro e a Doutora Clara Heitor e, a todos os Enfermeiros de Reabilitação. Sem dúvida, que a Reabilitação Respiratória teve a sua maior expressão a nível do país, nas II Jornadas de Cuidados de Respiratórios, perceber isto só nos pode orgulhar, obrigada a todos!



Momento único, memorável, todos dançaram para celebrar o dia da Reabilitação Respiratória com a música “ Expira, inspira, expira”.



Palestras de excelência



Homenagem às Fundadoras da Reabilitação Respiratória em Portugal



Lançamento e apresentação do livro: “Radiografia do Tórax para Enfermeiros: Do conceito à prática”.

O programa das II Jornadas teve como pedra basilar tocar em todas as componentes da Reabilitação Respiratória, desde o treino do exercício, à educação e gestão integrada da doença crónica, das medidas não farmacológicas como a VNI. O estado da arte da Reabilitação Respiratória no cancro do pulmão, a nutrição do doentes respiratório crónico, as telemonitorização do doente respiratório crónico, a gestão da terapêutica inalatória nas doenças respiratórias crónicas e, o ponto da situação dos programas de reabilitação no domicílio em Portugal. Fomos brindados com simpósios de excelência abordando temáticas prementes, reabilitação domiciliária; DPOC - o que mudou com o Gold em 2017; VNI - Desafios clínicos.

Também os workshops práticos e interativos que decorreram no dia 20 de Abril (pré-jornadas) sobre radiografia do tórax, terapêutica inalatória nas doenças respiratórias crónicas, oxigenoterapia e os cuidados respiratórios domiciliários, VNI & Cougt assist, tiveram muita adesão, traduzindo-se em sucesso pela excelência dos mesmos.

Ainda, no encerramento do primeiro dia de trabalhos, o lançamento e apresentação do livro **“Radiografia do Tórax para Enfermeiros: Do conceito à prática”**. Um dia memorável, iniciamos com um momento musical único e terminamos com um cocktail!

No final, a certeza permanece: a continuidade destas jornadas, mas sempre com vontade de melhorar e continuar a crescer com todos os enfermeiros, enfermeiros de reabilitação! Até breve!

Bem hajam todos, orgulhosamente Enfermeira de Reabilitação,

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro

Aconteceu



CICLO DE CONFERÊNCIAS

Segurança do Doente: Identificação Segura

A identificação correta do doente reflete as boas práticas nos cuidados de saúde, sendo essencial para a sua segurança. A identificação incorreta pode contribuir para erros associados à administração de medicamentos, de transfusão de sangue, à realização de cirurgias e de exames de diagnóstico, entre outros.

A nível internacional, têm sido lançados vários desafios para a promoção de práticas seguras na identificação do doente. A OMS em 2007, no âmbito das “Soluções para a Segurança do Doente”, publica a solução “Identificação do Doente” que alerta para a dimensão do problema e divulga as estratégias para evitar erros de identificação. A nível nacional, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2015-2020, onde se salienta o “Objetivo Estratégico 5: Assegurar a Identificação inequívoca dos doentes”.

Neste âmbito, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, no dia 14 de Dezembro de 2016, realizou um Ciclo de Conferências sobre esta temática, assinalando o início da “Campanha da Segurança do Doente: Identificação Segura”, lançando vários desafios aos profissionais e aos cidadãos.

Esta iniciativa, tem como principais objetivos alertar o cidadão e os profissionais de saúde para a dimensão do problema e promover as boas práticas na identificação correta do doente.

Destaca-se que o CHLC desde sempre teve como preocupação incutir as boas práticas para uma identificação segura do doente, desenvolvendo vários projetos de segurança do doente e promovendo o cumprimento das normas internacionais, nacionais e locais.

De forma a reforçar a sua preocupação, é lançada a “Campanha da Segurança do Doente: Identificação Segura”, com continuidade em 2017, dinamizada pelo Gabinete de Segurança do Doente, e que contou com o apoio da Associação Científica dos Enfermeiros, da Área de Gestão da Formação do CHLC e da Associação Viva Mulher Viva, promovendo a importância desta meta de segurança internacional.

A Campanha foi lançada através da realização de um primeiro Ciclo de Conferências e de ações de sensibilização para os doentes e famílias nas Unidades Clínicas, contribuindo para a disseminação das boas práticas.

A sessão de abertura do Ciclo de Conferências foi realizada pela Presidente do Conselho de Administração, Prof. Ana Escoval, Representante da Direção- Geral da Saúde, Prof. Anabela Coelho e Coordenadora do Gabinete de Segurança do Doente, Enf. Chefe Susana Ramos.

Para a reflexão sobre o tema, foram convidados vários preletores que se debruçaram sobre as diferentes questões e estudos desenvolvidos na área, destacando-se:

Identificação Correta do Doente: um desafio Internacional Gabinete de Segurança do Doente, Dra. M.ª João Lage

O que podemos melhorar nas práticas de Identificação do Doente: Aplicação da HFMEA e Auditoria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Eng. Carla Nunes e Enf. Filomena Reis Fernandes

Identificação Inequívoca do Doente: Atitude e Conhecimentos dos Enfermeiros Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Enf. Fátima Almeida

Os registos eletrónicos da identificação do doente foram trocados. E agora? Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação, Dr. António Lourenço

Projeto de segurança do doente no CHLC: Identificação Segura do Doente - Que desafios? Gabinete de Segurança do Doente, Enf. Lurdes Trindade

No final do evento, foram entregues os prémios à Unidades Clínicas, que reportaram o melhor “Near Miss” em 2015, e que consistiram na oferta de uma taça, de um certificado e de uma lupa para aumentar a segurança na visualização de rótulos, prescrições, entre outros, como é o exemplo da preparação de medicamentos.

As unidades Clínicas premiadas foram:

1º lugar – Bloco Operatório Central

2º lugar – Imunohemoterapia

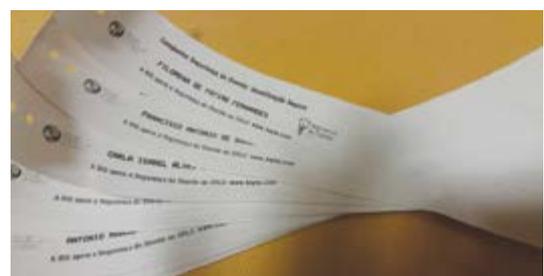
3º lugar – Hematologia Clínica

Foi ainda atribuída uma menção honrosa à Neurocirurgia Internamento.

Os temas abordados motivaram uma participação bastante ativa do público, partilhando várias histórias relacionadas com a “Identificação do Doente”. O Gabinete de Segurança do Doente lançou um desafio ao público (profissionais e cidadão) que consiste em participarem com as suas histórias para publicação num ebook. Participe também com a sua história aqui ([link para o documento](#)) e envie para ggrchlc@chlc.min-saude.pt. O seu lançamento está previsto para 14 de Dezembro de 2017, no próximo Ciclo de Conferências.

Para dar continuidade à campanha têm sido desenvolvidas várias iniciativas no CHLC, através da distribuição de material alusivo ao tema e divulgação ao cidadão através do site do CHLC, podendo ser consultado no link <http://www.chlc.min-saude.pt/contentlist.aspx?menuid=123>

Todos somos responsáveis por garantir que os dados de identificação do doente são os corretos!



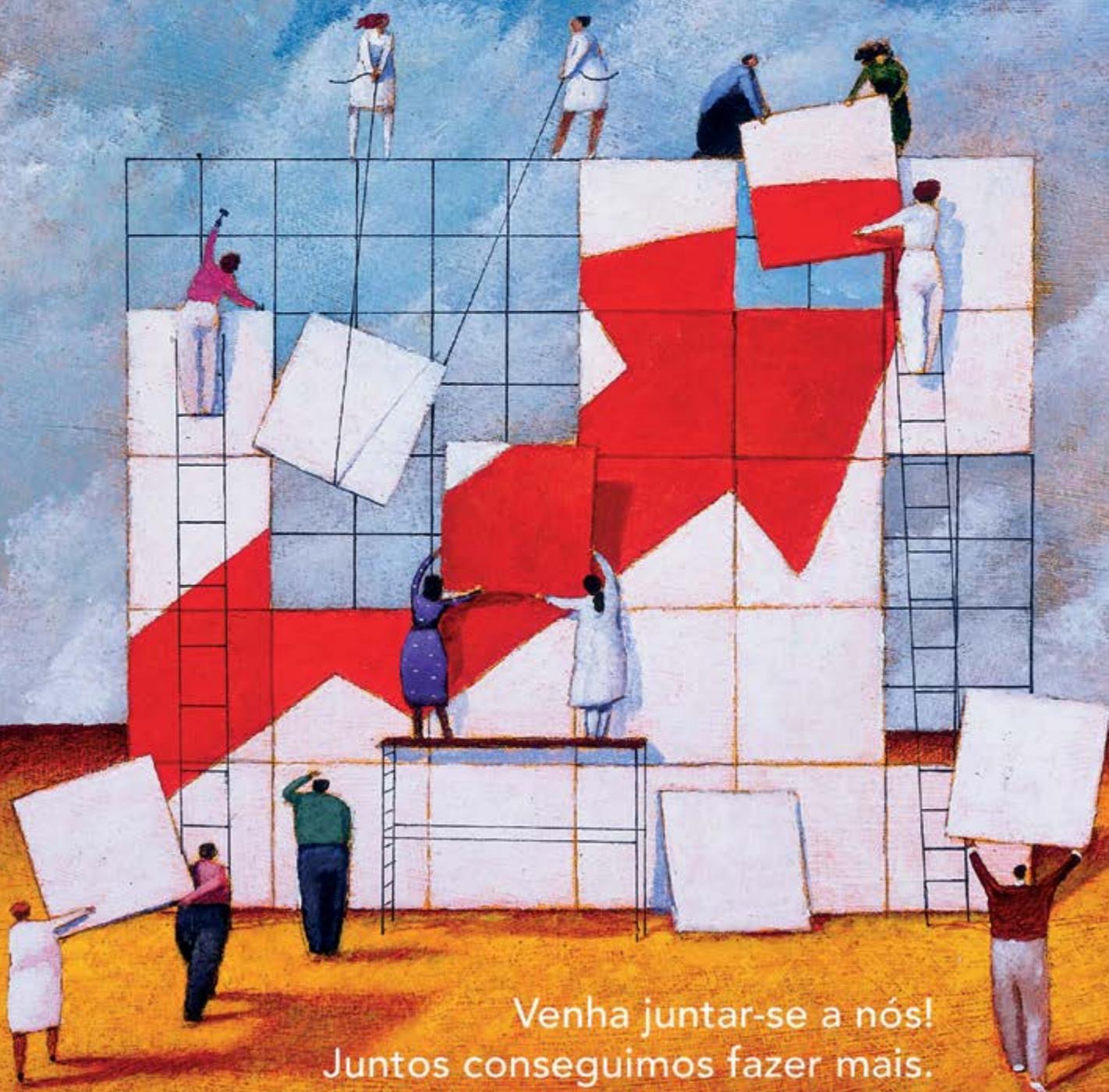


ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!
Juntos conseguimos fazer mais.