

# Enf<sup>orm</sup> ação

ENFERMAGEM EM CONTÍNUO MOVIMENTO



BARREIRAS NA MONITORIZAÇÃO DA DOR  
IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

A LUDOTERAPIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
AO ADULTO COM PSICOPATOLOGIA: UMA REFLEXÃO CONCEPTUAL

Nº 11 | JAN a JUN 2021  
ISSN 2182-8261

CONVERSAR COM OS PAIS  
PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA  
PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

# Enf<sup>orm</sup>ação

REVISTA DE INFORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA  
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

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  
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico  
Ana Marinho  
Delmira Pombo  
Lígia Malaquias  
[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  
Periódicidade Semestral  
ISSN 2182-8261

03 EDITORIAL  
Enf. Filomena Leal

## VISIBILIDADE

05 **CHULC sempre a mexer**  
Notícias do Centro Hospitalar Universitário  
de Lisboa Central, EPE  
Dra. Ana Isabel Valente

06 **Enfermagem na atualidade**  
**PROJETO "MAIS PRÓXIMOS DE TI"**  
Equipa "Mais Próximos de TI"  
Susana Ramos

## ARTIGOS

12 **BARREIRAS NA MONITORIZAÇÃO DA DOR**  
**IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS DE**  
**UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**  
Filipe Oliveira e Sónia Neves

21 **A LUDOTERAPIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM**  
**AO ADULTO COM PSICOPATOLOGIA:**  
**UMA REFLEXÃO CONCEPTUAL**  
Ivone Duarte

29 **CONVERSAR COM OS PAIS**  
**PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA**  
**PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**  
Ana Lopes, Pedro Jácome e Tânia Meneses

## EMPENHO

38 **Marcar a diferença**  
**PAUSA ATIVA PARA PROFISSIONAIS**  
**DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA**  
**POR COVID-19**  
Cátia Kavanagh Figueiredo e  
Paula Pinto Nogueira

## EVIDENCIA

44 **Aconteceu**  
Congresso da Urgência Geral Polivalente  
**CHULC 2019 - HOSPITAL NA URGÊNCIA:**  
**DA EVIDÊNCIA AOS CONTEXTOS**  
Manuela Teotónio

Filomena Leal  
Presidente ACE



# Editorial

Na revista, número 9, publicada em 2018, escrevi o editorial denominado na “linha da frente”. Nunca pensei que as minhas palavras tivessem tanto significado na realidade vivida por todos nós, desde março de 2020.

A nível mundial, a pandemia devido ao SARS- Cov-2 foi e ainda é um tsunami na vida de milhões de pessoas.

Com a propagação do vírus, os cidadãos sentiram que a sua liberdade e autonomia estavam comprometidas.

Consciencializarmo-nos que o toque, um beijo, um abraço, um simples aperto de mão, não é possível, abalou o íntimo de muitas pessoas e implicou sérios problemas do foro psicológico que se agravaram com os diversos confinamentos.

Estar confinado, nunca é fácil, mas, neste cenário é primordial e premente para evitar o aparecimento de novos casos e impedir tantas mortes.

Nesta realidade que todos vivenciámos de forma intensa, acho que valorizámos ainda mais os afetos. Estes também se transmitem por palavras, por atitudes e pela união de esforços para um bem comum.

A determinação foi espelhada num movimento constante, inquietante, por vezes sofredor que os profissionais de saúde tiveram que estruturar, planear, para vencer degrau a degrau a luta contra um inimigo invisível. Invisível, mas mortífero. Invisível, mas, com repercussões graves na saúde física e psíquica dos lesados ao adquirirem a doença. Inimigo que tem que ser aniquilado e para isso temos que estar sempre atentos...

É estranho como muitos reagem como se nada estivesse a acontecer. Ilusão de ótica!

Quando batem palmas aos profissionais de saúde, sentimos o quê? Gratidão, orgulho, motivação.

Como profissional de saúde também quero bater as palmas aos que respeitam o valor de cidadania. Exercer a cidadania é ter consciência dos nossos direitos e deveres garantindo que estes sejam colocados em prática.

Neste Centro Hospitalar, como em muitas instituições de saúde e de apoio social, diariamente fomos colocados à prova. Todos os níveis de gestão estiveram envolvidos e os profissionais analisaram novas estratégias, imprimiram mudanças estruturais e organizacionais, aumentou-se o número de camas de internamento e cuidados intensivos. Todos os dias desempenhámos as nossas funções com dedicação e resiliência para o mesmo objetivo - *Dar Oportunidade à Vida - Cuidar na verdadeira essência da palavra.*

Parafraseando uma expressão de uma colega, louvamos a capacidade transformadora das equipas. Elogiamos a forma como fomos capazes de gerir as emoções e inovar a todo o momento.

Nunca desistimos e vamos continuar a crescer pessoal e profissionalmente.

E para isso, a ACE, também está aqui. Vamos dar continuidade às atividades da Academia ACE, à colaboração com os associados através do apoio à formação/investigação e realização de novos eventos.

Hoje no meu gabinete, olhei para as minhas colegas e escrevi a seguinte frase, num post-it: *“Olhos expressivos, através de uma máscara”.*

A máscara esconde a identidade e o seu uso é sinal de que a vida de quem a coloca foi modificada. Há quem diga que os super-heróis colocam as máscaras e se transformam naquilo que não são na frente de outros. Não é o caso dos profissionais de saúde, já éramos heróis agora com mais indumentária.

O uso de máscara não nos retira a possibilidade de observar, vislumbrar o que o outro sente. O olhar transmite emoção, sentimento, e em muitos, reflete uma dor quase insuportável.

Como diz o provérbio: “Às vezes um simples olhar vale por mil palavras.”

O meu neto Henrique que vai fazer quatro anos, questionou; Avó porque estás sempre de máscara? Olhou para o teto da sala e disse: não vejo, nenhum bicho...avó, eu gosto de ver a tua cara...

Nesse momento, pensei imenso nos doentes que durante dias e dias só ouviam as vozes e não podiam visualizar quem na verdade estava ali a prestar-lhe cuidados. Acontece que felizmente muitos recuperaram e podemos mostrar uma foto, utilizando o telemóvel.

Sinto que todos nós precisamos de ter esperança. Não pode ser uma utopia. Esperança é confiar, é acreditar em nós e nos outros.

Chegamos à Primavera! É para mim a mais bela das estações do ano. Estação das flores que deixa as paisagens mais bonitas.

Citando, Clarice Lispector:

***“Sejamos como a primavera que renasce cada dia mais bela... Exatamente porque nunca são as mesmas flores.”***

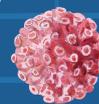
Desejo a todos os Profissionais de Saúde uma Primavera recheada de luz, com calor e amizade.



PODCASTS

# DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO

12 MAIO 2021



## Enfermeiros: UMA VOZ. UMA VISÃO.

DE 10 A 14 MAIO, TODOS OS DIAS, 2 PODCASTS DIFERENTES!



**ACE**  
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL  
*Inovar no Cuidar*

**ENFERMEIROS**  
UMA VOZ PARA LIDERAR  
UMA VISÃO DO FUTURO DOS CUIDADOS DE SAÚDE  
Fonte: International Council of Nurses

www





CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

sempre mexer

VISIBILIDADE

Dra. Ana Valente, Gabinete de Comunicação CHULC



## CHULC REALIZA PELA PRIMEIRA VEZ EM PORTUGAL, CATETERISMO EM BEBÉ COM ARRITMIAS

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) realizou, no final de outubro, pela primeira vez em Portugal um tratamento por cateterismo para salvar um bebé de sete meses que sofria de taquicardia resistente aos medicamentos, situação que obrigava a internamentos constantes.

O procedimento foi realizado no laboratório de arritmologia pela equipa do Serviço de Cardiologia Pediátrica do CHULC, sediado no Hospital de Santa Marta, e, desde então, o bebé não teve mais episódios de taquicardia.

A técnica foi utilizada pela primeira vez em Portugal num bebé de sete quilos, que já tinha sido submetido a duas cirurgias por malformação congénita do coração e sofria de taquicardia resistente a todos os medicamentos, estando muitas vezes internado, situação que levou os médicos a decidirem realizar o tratamento invasivo por cateterismo, utilizando a ablação das vias anómalas.

“São materiais feitos especialmente a pensar em adultos e têm um tamanho grande. Em crianças, principalmente mais pequenas, são muito poucos os sítios no mundo que fazem estes tratamentos; preferem sempre tratar os doentes com medicação, tentar estabilizar e deixar crescer”, explicou à agência Lusa Sérgio Laranjo, cardiologista pediátrico que realizou o procedimento.

O desafio, disse, foi eminentemente técnico: “o tamanho do coração do bebé é tão pequeno que manipular estes materiais dentro do coração, localizá-los e depois fazer um procedimento com segurança é algo que exige muito esforço e muito treino”. E no caso deste bebé, ainda era “mais complexo” pois tinha problemas na estrutura do coração, já operado.

A diretora do Serviço de Cardiologia Pediátrica do CHULC, Fátima Pinto, contou que já tinham realizado este procedimento em crianças com 10, 15 quilos, mas com este peso [sete quilos] e esta idade foi o primeiro caso em Portugal.

Neste caso, se não fosse feita a intervenção, o bebé ficaria “em risco grave de entrar em insuficiência cardíaca ou mesmo morrer”, considerou Sérgio Laranjo. Para Fátima Pinto, este passo abre caminho a novas intervenções e, “ao fazer-se mais, promove-se a redução da morbilidade e dos internamentos nestas crianças”.

Na última consulta, “a mãe estava felicíssima”, contou Sérgio Laranjo. “Isto é a prova de que, apesar da covid-19, ainda há hospitais que estão a fazer inovação e a promover os melhores cuidados aos doentes”, concluiu Fátima Pinto.

## EXPOSIÇÃO

### OS NOSSOS PROFISSIONAIS SÃO O NOSSO ROSTO

#### Fotografias homenageiam combate contra a COVID-19

“Os nossos Profissionais são o nosso Rosto”, uma exposição que homenageia todos os que trabalham no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central nestes tempos difíceis da Covid-19, está patente nos seis polos, em conjuntos de cinco fotografias, até ao início de fevereiro.

Trata-se de uma seleção entre as centenas de imagens obtidas no CHULC durante o mês de maio de 2020 pelo fotógrafo Rodrigo Cabrita. As trinta fotos são parte de um trabalho que integra a “Memória da Covid-19”, um projeto que pretende documentar e divulgar a assistência prestada a todos aqueles que procuram os cuidados do CHULC.

De todos para todos – de profissionais para profissionais –, este trabalho é fruto do envolvimento e empenho de várias áreas internas.





# Enfermagem na atualidade

Equipa “Mais Próximos de Ti” - Enf. Susana Ramos

## PROJETO

# “Mais Próximos de Ti”

Comunicação e proximidade entre o doente e família em tempos de pandemia.

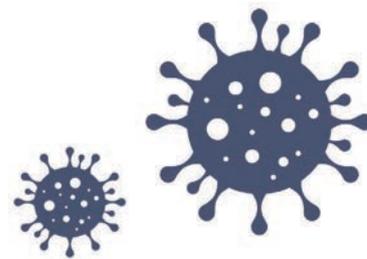


Um dos maiores desafios colocados às organizações de saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV2, terá sido certamente, como manter a proximidade e a comunicação entre o doente internado e a sua família, pois a limitação das visitas para os doentes internados, foi desde o início da pandemia uma realidade e que se mantém até aos dias de hoje em muitos contextos. As histórias de como muitos profissionais tentaram promover esta comunicação e proximidade, utilizando os seus próprios meios telemáticos, percorreu o mundo inteiro e desafiou-nos a inovar e a criar novas formas de abordagem e de comunicação no processo de cuidados de saúde.

A ideia do projeto “Mais Próximos de Ti” surgiu em abril de 2020, na sequência de uma história que envolveu uma doente adulta, internada, que para além do que a levou ao hospital, tinha outras limitações, e de forma repentina deixou de ver a sua família que sempre foi o seu grande suporte.

A doente não interagia com os profissionais e permanecia a maior parte do tempo com os olhos fechados. Um dos profissionais utilizando os seus próprios meios telemáticos, realizou uma vídeo chamada para Luisinha, tentando desta forma, trazer a família junto da doente, para que a mesma não sentisse que tinha sido “abandonada”. Foi uma grande surpresa quando os profissionais viram Luisinha a reagir de imediato à voz do seu irmão, abrindo os olhos e com um grande sorriso viu e ouviu a sua família, demonstrando também à equipa o quanto estava feliz.

A vivência desta pequena história “tocou” profundamente os profissionais envolvidos, surgindo então a ideia de introduzir esta estratégia como forma de comunicação entre os doentes e famílias, nas várias áreas de cuidados do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) nascendo assim o projeto “Mais Próximos de Ti” – MPdeTi.



Este projeto foi alicerçado na criação de uma equipa móvel, constituída por profissionais do CHULC e que de forma voluntária, conciliam a sua atividade com a desta equipa. Esta Equipa tem como missão apoiar os doentes e os seus familiares, promovendo a comunicação e mais proximidade, através de meios telemáticos.

No arranque do projeto, esta Equipa contou de imediato com a disponibilidade de 16 profissionais do CHULC e atualmente integra 45 profissionais.

A enfermeira Cândida Damião, foi uma das profissionais que integrou a equipa inicial e o seu testemunho reflete este projeto como uma solução inovadora e geradora de proximidade descrevendo que “vivemos tempos sem precedentes e num pensamento de criatividade, conseguiu-se com uma ideia inovadora, melhorar a ligação entre doente internado e seu familiar, emergente desta nova e áspera doença. O projeto **“Mais Próximos de Ti”** rapidamente tornou-se algo insubstituível nestas circunstâncias vividas por nós enquanto profissionais de saúde. Para os doentes e familiares foi um superar de obstáculos, uma mais-valia na sua recuperação e uma lufada de “esperança” de poder ver com os nossos próprios olhos, alguém de quem amamos e nos preocupamos.

Para mim foram momentos inesquecíveis de reencontros, de me apaixonar pelo projeto, e perceber que também fiz parte duma solução inovadora, geradora de proximidade. Fico incrivelmente orgulhosa, pela utilização desta ferramenta, em que nos posiciona como um forte recurso de comunicação para qualquer pessoa, aproximando e humanizando o “afastamento” imposto.”

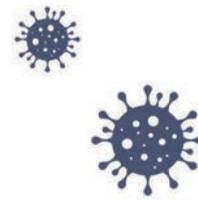
Também as enfermeiras Teresa Branco e Cristina Manso, cuidando de doentes com COVID-19, abraçaram este projeto de imediato, referindo que tem sido uma mais valia para os doentes e famílias, ficando o sentimento de que este pequeno gesto também retribui muito a quem o faz, sendo uma experiência enriquecedora e inovadora do cuidar. Para a enfermeira Teresa Branco este projeto “foi um veículo que permitiu encurtar distâncias, manter histórias de vida, serenar famílias, nutrir e partilhar sentimentos. Uma mais valia que ajudou a ultrapassar o temor de uma pandemia e a reforçar a convicção que cuidar não tem limites quando nos preocupamos verdadeiramente com o outro. Foi muitas vezes o meu alento em momentos difíceis e sem dúvida uma experiência muito enriquecedora pelo que dei e pelo que recebi.” E é nesta linha de pensamento que a Enfermeira Cristina Manso de cuidados intensivos, permitindo aos

familiares e amigos dos doentes, comunicarem, contribuindo para respeitar os valores de humanização na prestação de cuidados. Fico de coração cheio cada vez que faço uma videochamada entre o doente e a família/amigos, ao ver a reação de alegria, satisfação e conforto que se consegue proporcionar, através deste pequeno gesto.”



As histórias e os sentimentos vivenciados pelos próprios profissionais, são únicos, refletindo o carinho e o amor no cuidar, que também ajudam os doentes a recuperar, e tal como a Enfermeira Teresa Castro testemunha “nesta partilha de experiências, recorde alguns momentos que foram marcantes e que pude experienciar junto dos doentes e familiares através das videochamadas, num ambiente de muito medo, solidão e saudade, sentido por doentes e familiares e também pelos próprios profissionais. Parti para o projeto **“Mais Próximos de Ti”**, também com os meus receios, mas a possibilidade de poder contribuir para aliviar o sofrimento dos doentes e famílias e apoiar os profissionais, era mais forte do que os medos ou receios que existissem. Confesso que nesta aventura recebi muito mais do que possa ter dado de mim. Vi doentes que não reagiam a qualquer estímulo, começarem a reagir ao ouvirem a voz dos seus familiares. Uma lágrima caída do seu rosto, comunicar com o olhar, esboçar um sorriso, fazerem um aceno com a mão, a dizer um olá, ... Muitas histórias podia contar, apenas digo que tive o privilégio de assistir a pequenos gestos, que faziam a delícia daqueles momentos entre doente e família. As pequenas conquistas, em que a família se sentia parte integrante da recuperação do seu familiar, foram vividos com grande emoção e diria felicidade. Para outros que perderam os seus familiares, poder estar presente no seu percurso de internamento através da videochamada, deixou-lhes o conforto de poder despedir-se e dizer algumas coisas que não seriam ditas de outra forma. Tenho a certeza que contribuimos muito para minimizar o sofrimento de muitas famílias e doentes com as videochamadas.”

# “ Perguntei se gostaria de ver os filhos e a esposa. Ficou em silêncio ... ”



Assim, o projeto MPdeTi, apoiado e aprovado pelo Conselho de Administração do CHULC, foi lançado no início de maio de 2020, tendo como principais objetivos:

- Promover a comunicação e proximidade entre o doente e os seus familiares através de meios telemáticos.
- Minimizar os constrangimentos relativos à limitação de visitas decorrentes das diretrizes no âmbito da pandemia COVID-19.
- Diminuir a ansiedade do doente e familiares como consequência da limitação das visitas.
- Articular com as equipas de saúde na identificação e mobilização de medidas necessárias para satisfazer as necessidades dos doentes e famílias.



Este projeto para além de promover a proximidade entre o doente e a família, tem também como objetivo, contribuir para um melhor contacto e proximidade entre próprios profissionais e as famílias dos doentes, que também necessitam de esclarecimentos acerca da situação do doente internado. A enfermeira Cláudia Rodrigues no seu testemunho dá uma relevância importante relativamente a este objetivo, referindo que "num tempo em que se torna difícil encurtar a distância, promover a proximidade entre os doentes e as famílias, aproximou-as também dos profissionais. A gratidão verbalizada tantas vezes, os sorrisos e as lágrimas, as longas conversas e até as mais curtas, foram sempre mostrando que este projeto faz a diferença para os que são cuidados, e para os que cuidam".

Para a operacionalização do projeto foram alocados equipamentos doados ao centro hospitalar, por empresas e particulares, e com o apoio da equipa da

Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação foi possível começar as vídeo chamadas de imediato, utilizando as aplicações ao nosso alcance. Foram também elaboradas orientações e procedimentos para os profissionais relativamente à manutenção da privacidade e proteção de dados do doente e família, consentimento informado e esclarecido, e cuidados para a prevenção da infeção. O meio para transporte do equipamento para a vídeo chamada e a sua disponibilização junto do doente, contou também com o apoio da equipa da Área de Gestão das Instalações e Equipamentos que através de material para abate, reciclou e criou carros rodados facilitando assim o transporte do mesmo. E à medida que o projeto foi crescendo e sendo reconhecido por todos, outros apetrechos, como é o exemplo suportes para os tablets, foram doados por profissionais e familiares.

A Equipa Móvel “Mais Próximos de Ti” realiza 4 modalidades de apoio:

- Contacto a pedido do familiar para o doente.
- Contacto a pedido do doente para familiar.
- Contacto a pedido de familiar de referência, para realização de vídeo chamada ou contacto telefónico com os profissionais responsáveis pelo doente (médico ou enfermeiro) para pedido/esclarecimento de informações.
- Entrega de mensagens/imagens/vídeos enviadas pela família para o doente.

Até agora são mais de 4000 intervenções documentadas e que contribuíram para a redução da distância entre doentes internados e os seus familiares. Vivenciamos histórias emotivas de encontros à distância em dias de aniversário, pedido de casamento e até mesmo um casamento em tempo real, e diferentes encontros e reencontros desde Lisboa até outras partes do país e do Mundo.

As intervenções da equipa móvel do MPdeTi incluíram vídeo chamadas, telefonemas e articulação com as equipas multidisciplinares, promovendo assim, proximidade entre os doentes internados e os seus familiares. Dos doentes que beneficiaram deste projeto, 80% tem idade superior a 70 anos e o tempo disponibilizado em vídeo chamada, variou de acordo com as suas necessidades. Vários doentes necessitaram deste acompanhamento diário, observando-se que estes momentos também ajudaram o doente e a sua família a superar o sofrimento que estavam a passar, promovendo também a esperança e a vontade de viver.

Os elementos da Equipa móvel do **MPdeTi**, vivenciaram momentos inesquecíveis, especialmente com doentes idosos, tal como testemunha a enfermeira Alexandrina Rodrigues quando refere que “o meu sentir foi que se pode cuidar sobre várias perspectivas e a videochamada é uma dessas formas. Senti que nos momentos em que estava com o doente e com a família (do outro lado do tablet), houve também intervenção no cuidar. Recordo como muito significativas, as chamadas que durante alguns dias seguidos, fiz entre uma avó e as suas netas, Do lado de cá, a avó sempre feliz por ver as suas “meninas” e do lado de lá, as imagens de alívio e de felicidade das netas por poderem certificar-se com os próprios olhos de que estava tudo a correr bem, E no final de cada chamada, a mão já enrugada da avó a fazer uma festa na cara das netas, através do tablet, foi uma das imagens que me fizeram vir as lágrimas aos olhos.” Também a enfermeira Teresa Castro, descreve com carinho e emoção uma situação em que “o doente estava muito deprimido, a médica pediu uma videochamada para ele, achou que seria muito importante para a sua recuperação. Quando lá cheguei para fazer a videochamada o doente estava enrolado no lençol e não queria destapar a cabeça, não queria ver ninguém, estava muito assustado, não acreditava que voltaria a ver a família,” este é o meu fim” dizia. Após alguns momentos de lá estar, ele afastou o lençol e reparei que estava a chorar. Perguntei se gostaria de ver os filhos e a esposa. Ficou em silêncio. Fiquei ali junto dele, conversando. Voltei a perguntar se gostava de falar com o filho? Como se ele não pode entrar? retorquiu. Eu disse, posso fazer uma videochamada pelo telemóvel e o senhor pode vê-lo e falar com ele. Então faça isso, disse. Nesse dia durante a videochamada o senhor chorou, e quase não conseguiu falar. Estava emocionado. Nos dias seguintes, combinamos reunir a família na vídeo chamada, os filhos e a esposa.



Ele dizia que estava à espera daquele momento, que era o mais importante do dia, (frase que ouvi de muitos doentes). O senhor melhorou consideravelmente a sua comunicação, com a família e com os profissionais. Quando teve alta agradeceu muito o “bem que lhe fizemos”.

A necessidade de implementação de um projeto com estas características deve-se também ao facto de muitos doentes, pela sua idade avançada, por dificuldades de visão e audição, entre outros motivos, não terem autonomia para utilizarem estas novas tecnologias, de forma a contactarem com o exterior enquanto estão internados.

Numa outra vertente, este projeto também abrangeu a área pediátrica, pois apesar de o pai/mãe poderem permanecer junto do seu filho durante o internamento, surgiu em vários contextos, a necessidade de se recorrer a estas tecnologias, pois infelizmente a infeção por SARS-CoV2 também não poupou muitos deles. Várias histórias aconteceram, em que um ou ambos os pais ficaram inibidos de visitar o seu filho por terem tido contraído a infeção ou por contacto com pessoas infectadas, tal como a enfermeira Maria José Mendes testemunha, “uma criança, com um mês de idade transferida de uma outra unidade. Os pais em quarentena profilática. Estes pais não conheciam o espaço físico, a equipa... efetuada vídeo chamada: difícil transpor por palavras, a felicidade, amor e carinho, ... a interação daquela família, ...a reação da “Madalena”.

Também Constança, assim que nasceu, teve de ficar numa incubadora e os seus pais ficaram 14 dias em isolamento por estarem infetados. As vídeo chamadas diárias permitiram a estes pais acompanharem à distância a sua filha referindo que “os profissionais da **MPdeTi** estarão sempre no seu pensamento e coração, pois sem esse apoio visual e de comunicação diária, a dor da separação e o sofrimento teria sido muito maior.”



Esta nova forma de proximidade e comunicação, entre os doentes, famílias e profissionais trouxe também um novo “olhar”, para a importância da comunicação e da relação terapêutica que os profissionais estabelecem com os doentes, como reflete o testemunho da enfermeira Mercedes Bilbao “fazer parte desta equipa é difícil de descrever, é como ir de doente a doente, de videochamada a videochamada, de família a família, buscar cada pessoa internada a um poço (ou escuridão como referem alguns), ligá-los de novo à vida ao reconhecerem os seus e tentar trazer alguns momentos de ânimo e esperança para ambos. Da mesma forma, trouxe uma ligação entre os profissionais de saúde, pois fomos percebendo entre todos,

equipa de saúde e equipa do “**Mais Próximos de Ti**”, que tínhamos um papel terapêutico, ao garantir um bem essencial – a comunicação. Esta faz recordar, um pouco, a água que temos a correr nas nossas torneiras, outro bem essencial, difícil de aceitar quando nos falta. Hoje, o desafio é integrar nos nossos cuidados, esta ferramenta de comunicação que responde às necessidades mais básicas da pessoa internada.”.

Os testemunhos que nos têm chegado indicam que este projeto ajudou a aliviar o sofrimento, a saudade e a aumentar o bem-estar e a segurança dos doentes. Os familiares e doentes manifestam uma grande satisfação e gratidão por estes “pequenos” gestos e momentos, e alguns até os referem como “momentos terapêuticos”, tal como espelhado nestes três testemunhos:

“O momento da primeira vídeo chamada, jamais esquecerei, pois estive três dias sem falar com a minha família e via a minha filha e ouvia a sua voz em todas as pessoas que entravam na enfermaria e passavam no corredor. Quando vi e ouvi a minha filha através da vídeo chamada, senti que me tiraram da escuridão. Foi melhor que todos os medicamentos que já tinha tomado até então”. (testemunho M.U.T, 86 anos, doente internada em outubro de 2020).

“O meu pai, ..resmungão..., com opinião muito vinca da relativamente às novas tecnologias.... foi a vídeo chamada que acalmou o seu débil coração, o da sua pessoa, como ser social que é. Permitiu a reunião com a sua família, onde estão incluídos os animais de companhia. Fica com o olho brilhante sempre que nos vê, fica ávido ..., os seus olhos procuram no pequeno écran quem ali está...pergunta pelo cão e pelo gato. No dia do seu aniversário estes dois seres não foram esquecidos (não seria possível de outra forma) ... faltou o toque!

Provavelmente ainda não mudou de opinião, mas tenho a certeza que ficou de coração cheio, como nós...tivemos a família “toda reunida”.

A vídeo chamada é uma mais valia: a imagem confirma a palavra, ... falta o toque (lá chegaremos ...), como seres sociais que somos.

Um bem-haja aos profissionais que possibilitaram as várias vídeo chamadas que “acalmam” o seu/nosso coração. (Enfermeira M.<sup>a</sup> José Mendes, profissional do CHULC e filha do doente).

É neste sentido que, a enfermeira Elsa Folgado ao dar o seu testemunho como elemento da Equipa **MPdeTi**,



## “ Fazer parte deste projeto, como voluntária, permitiu-me vivenciar experiências que jamais irei esquecer ”

“Um dia, já o pai estava na unidade de internamento...após ter ligado para vários sítios para saber informações do pai...alguém do outro lado me pergunta...porque não se inscreve para receber uma vídeo chamada???? Porque não tinha conhecimento que o serviço existia!!! Não sabia que isso era possível! Não tinha informação... Inscrevi-me! No dia seguinte, toca o telefone, de um número que desconhecia e era um anjo... a perguntar se eu podia/queria falar com o pai... estavam a fazer uma videochamada!!! Posso dizer que, quase passado um mês, ainda me recordo desse dia!!! Foi maravilhoso! O melhor que me podia ter acontecido nos últimos tempos!!! A confirmação visual de que o pai, apesar de doente ... estava “bem”!!! Foi simplesmente maravilhoso, esse dia!!! E continua a ser todos os dias em que recebemos a vídeo chamada! Posso dizer que, para mim e para a minha família, o momento da videochamada, passou a ser o momento do dia! É o momento em que nos reunimos todos para falar com o pai e dar-lhe todo o nosso amor, carinho e energia que ele precisa para aguentar a angústia que se sente quando estamos agarrados a uma cama a aguardar por uma cirurgia!

A vossa ação junto dos doentes e dos familiares faz com que a cada dia, a nossa vida ganhe alguma cor! É muito importante que esta ligação exista e que, apesar do distanciamento físico, o hospital crie condições para manter as famílias informadas e presentes na vida dos doentes nestes períodos mais críticos!”. (Testemunho de M.D, familiar de um doente internado em agosto de 2020).

vem reforçar a importância de tranquilizarmos os familiares e de os profissionais manterem esta proximidade e disponibilizarem formas de interação entre os doentes e a família, referindo que “a interdição de visitas foi necessária, mas constituiu um fator desencadeante de ansiedade para os doentes internados e suas famílias. O projeto proporcionou a proximidade, no sentido de tranquilizar os familiares e promoveu a interação dos doentes de forma diferente e enriquecedora.

Fazer parte deste projeto, como voluntária, permitiu-me vivenciar experiências que jamais irei esquecer e dão-me alento para continuar, a proporcionar momentos de afeto e carinho aos nossos doentes e suas famílias. Os breves minutos de contato visual que proporcionamos, enchem certamente os corações de afeto de quem participa. Todos ficamos mais “ricos”

Das intervenções já realizados surgiram histórias bastantes emotivas, narradas pelos doentes, familiares e profissionais, sendo bem visível o brilho nos olhos dos doentes e dos familiares, bem como a grande satisfação de todos. O testemunho de S.M., familiar de um doente, vem reforçar esta necessidade, ao referir que, “neste tempo de pandemia já é difícil não podermos estar com as pessoas que mais gostamos, e quando essa pessoa está no hospital, torna-se ainda mais difícil. Realmente, quando o meu avô deu entrada no hospital, pensei: “Já não o vejo mais, já não me vão deixar vê-lo e ele vai ficar sozinho”. A ansiedade aumenta e o desespero também. No entanto fiquei surpreendida pela positiva, quando me foi permitido



fazer vídeo chamadas todos os dias. Nessas vídeo chamadas, a minha filha de 5 anos continuou a cantar para ele, como fazia quase todos os dias. E nós podíamos ver a evolução do seu estado de saúde. É uma iniciativa excelente, feita por pessoas excelentes. Na minha opinião, este projeto não deve acabar, mesmo que o vírus desapareça, pois permite que familiares que estão longe, ou crianças pequenas possam estar mais próximos dos seus familiares.”

Do descrito ao longo deste artigo, podemos afirmar que a comunicação, proximidade e a relação terapêutica são os pressupostos deste projeto e através de ações simples, que estão ao nosso alcance, poderemos fazer a diferença nos cuidados que prestamos aos doentes, vislumbrando-se que esta iniciativa irá muito mais além do contexto da pandemia.

É neste sentido que a enfermeira Ana Filipa Oliveira descreve a sua vivência e sentimentos, em forma de prosa:



Almas separadas  
por ecos e murmúrios,  
nas areias indefinidas  
que dispersam os sentidos.  
Onde o silêncio e a solidão se cruzam,  
encontram, no chronos da videochamada,  
o brilho.  
O brilho, outrora hibernado  
e a claridade necessária para se reencontrarem.  
O tempo poisa, leve como um papel  
onde os brancos pavores, muitas vezes se dissipam.  
E apesar de, por vezes, experimentar o endurecer das entranhas,  
sinto,  
um prenúncio de summum bonum nos meus passos  
cada vez que abro a janela digital que carrego comigo.  
Ali, o tempo vivido é tão vivo  
que faz resistir.  
E em cada videochamada,  
regressa um esplendor de confiança para todos.



Como reflexão final, enfatizamos que a participação e o envolvimento dos profissionais neste projeto permitiu promover momentos de reflexão em equipa, bem como identificar necessidades dos doentes e famílias e articular essas necessidades com a equipa de saúde, promovendo uma melhoria contínua dos cuidados.

Todos estes testemunhos refletem que são pequenos gestos que estão ao nosso alcance e que fazem uma grande diferença, transformando, inovando e dando mais valor aos cuidados prestados ao doente e sua família mas também mais satisfação aos profissionais que participam neste projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Negro, A.; Mucci, M.; Beccaria, P. et. Al (2020). Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. Intensive and Critical Care Nursing. Volume 60, 2020. ISSN 0964-3397. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102893>

Jornal das 8, da TVI, reportagem sobre o "Projeto Mais Próximos de Ti". Disponível em: <https://tv24.iol.pt/videos/sociedade/visitas-por-videochamada-aproxima-m-familias-a-quem-esta-hospitalizado/5f0e07cb0cf225b1e7e70c18>

Inácio, AM. Das visitas virtuais aos doentes ao apoio aos profissionais COVID-19 está a mudar os... publicado a 12-06-2020. Diário de Notícias. Disponível em: <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/12-mai-2020/das-visitas-virtuais-aos-doentes-ao-apoio-aos-profissionais-covid-19-esta-a-mudar-os-hospitais-12164475.html>



# BARREIRAS NA MONITORIZAÇÃO DA DOR

IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

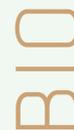
## RESUMO

A dor é dos principais motivos de procura de cuidados de saúde nos serviços de urgência, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam diariamente. Enquanto sinal vital preconiza-se uma monitorização sistemática, no sentido de possibilitar uma intervenção precoce e individualizada em prol do bem-estar do doente, nomeadamente a pessoa em situação crítica. No entanto, muitas são as barreiras com que se deparam os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência aquando da monitorização da dor. Trata-se de um estudo de cariz quantitativo, exploratório descritivo que tem como objetivo identificar as barreiras descritas pelos enfermeiros da amostra na monitorização da dor. Como método de recolha de dados foi utilizado um questionário de resposta fechada e aplicado aos enfermeiros de um serviço de urgência da zona Norte de Portugal. Os resultados obtidos contribuíram, para uma melhor identificação e conhecimento das diversas barreiras e de como é efetivamente monitorizada a dor num serviço de urgência. A partir da exploração dos dados é possível refletir e propor medidas interventivas personalizadas, com vista a uma adequada gestão terapêutica da dor e à maximização da segurança, da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, da família e comunidade.

**Palavras-Chave:** Barreiras, Dor, Urgência.

**Filipe Oliveira**, Enfermeiro, Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Urgência Polivalente, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia

**Sónia Neves**, Enfermeira, Licenciada em Enfermagem, Pós-graduada em Enfermagem de Bloco Operatório: Anestesia, Pós-graduada em Enfermagem de Bloco Operatório: Instrumentação Cirúrgica, Serviço de Bloco Operatório Central e de Urgência, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia



## INTRODUÇÃO

A dor é a razão mais comum que leva as pessoas a recorrerem ao serviço de urgência (Pretorius *et al.* (2014). Também, Downey & Zun (2010) relatam que pelo menos 75% dos doentes que têm necessidade de utilizar o serviço de urgência apresentam a dor como queixa principal. Keating & Smith (2011) referem ainda que aproximadamente sete, em cada dez pessoas, se desloca ao serviço de urgência por manifestarem dor.

As experiências de monitorização quotidianamente vivenciadas têm sido objeto de reflexão e investigação por parte de outros estudos científicos, reveladores de múltiplas e plurifacetadas barreiras. Entenda-se monitorização como um processo contínuo que vai desde a avaliação inicial até à alta ou internamento do doente. Neste processo engloba-se a avaliação, controlo, reavaliação e gestão de todo o processo algico.

A falta de alguns conhecimentos dos problemas de saúde em relação à dor, nomeadamente, a falta de educação e formação em dor no currículo dos profissionais de saúde, é referido pela *International Association for the Study of Pain* (IASP). Numa iniciativa concertada com a *European Pain Federation* (EFIC), esta associação pretendeu sensibilizar e divulgar as principais iniciativas subordinadas à formação dos profissionais de saúde na área da dor.

A Direção Geral de Saúde, tendo como delimitação a definição e alcance da dor, na sua Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003 (p. 1), instituiu a dor como o 5º sinal vital, definindo-a como “[...] uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como, também, uma componente emocional da pessoa que sofre. A dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão concreta ou potencial”. Assim, a avaliação da

dor passou a ser considerada como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde e o registo sistemático da intensidade da dor. Oficialmente, este 5º sinal vital começou a ser avaliado nos hospitais portugueses em 2008, com a publicação da Circular Normativa nº 11 de 18/06/2008, onde é definido o Programa Nacional de Controlo da Dor. Também é nesse período que é relevado o problema das barreiras de âmbito organizacional, havendo necessidade de definir indicadores de qualidade, auditorias, protocolos e guias de orientação de prática clínica, assim como, acesso a programas de formação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As dificuldades na monitorização da dor por parte dos profissionais de saúde, quer na avaliação, quer na gestão, controlo e reavaliação desta é uma realidade relatada pelos profissionais de saúde, pelos doentes que recorrem aos serviços de urgência e descrita por variadíssimos autores internacionais nos seus trabalhos sobre a dor. Segundo estes, são condições que comprometem negativamente a monitorização da dor: a natureza subjetiva da dor, a complexidade e multidimensionalidade do relato da dor (Gorawara-Bhat *et al.*, 2016); a renitência em relatar a dor e a inadequada avaliação inicial (Pretorius *et al.*, 2014); assim como a reavaliação da dor (Fry *et al.*, 2015).

Para a presente investigação foi feita uma revisão de literatura sobre as barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência, tomando em conta alguns considerados destacados pelos autores. Fosnocht *et al.* (2005), refere a ausência de guidelines na monitorização da dor e o número de interrupções no trabalho pelas múltiplas tarefas e doentes em simultâneo. Herr (2006) realça a dificuldade de avaliação da dor em doentes inconscientes, sedados e ventilados. Brennan *et al.* (2007, p. 205), afirmam que “o modelo biomédico de doença centra-se

## “ A monitorização da dor no serviço de urgência inicia-se no primeiro contacto entre o doente e o profissional de saúde. ”

na fisiopatologia ao invés da qualidade de vida, reforça atitudes enraizadas que marginalizam o controlo da dor como uma prioridade”. Wilson (2007, p. 1012) refere que “a prática é muitas vezes conduzida por mitos e preconceitos em vez de conhecimento baseado na evidência”. Coker *et al.* (2010) divide em barreiras relacionadas com o doente, o sistema e o prestador. Berben (2011) fala da pouca importância dada ao controlo da dor. Czarnecki *et al.* (2011) fala-nos da má comunicação entre profissionais de saúde e falta de cooperação. Oliveira *et al.* (2014) chama a atenção para os doentes sem capacidade de relatar a sua dor (queimados, politraumatizados, demências). Pretorius *et al.* (2014) evidenciam a sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, rácios enfermeiro/doente, priorização constante entre pessoa em situação crítica e pessoa com dor. Costalino (2015) relata a experiência de dor ao longo da vida do enfermeiro como fator influenciador na avaliação da dor do doente e, afirma que os enfermeiros mais experientes têm tendência a subvalorizar a dor. Silveira *et al.* (2016), remete como barreira na monitorização da dor o défice de conhecimento sobre a dor por parte dos profissionais de saúde, assim como a desvalorização da dor levando os doentes a interpretá-la e aceitá-la como uma condição da sua doença. Este autor fala, ainda da pouca utilização de medidas não farmacológicas.

As diversas referências às dificuldades encontradas na monitorização da dor, quer sejam centradas no doente, quer no profissional de saúde ou na organização, substanciam a inquietação dos investigadores sobre a existência de barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência.

A monitorização da dor no serviço de urgência inicia-se no primeiro contacto entre o doente e o profissional de saúde. Esse momento quase sempre acontece na triagem, onde o enfermeiro aborda o doente

questionando-o sobre o motivo da sua ida ao serviço de urgência.

Quando são doentes que não conseguem expressar a sua queixa, esta é descrita pelo acompanhante ou pelos bombeiros. Assim, é fundamental uma abordagem e compreensão do que é o Sistema de Triagem de Manchester, instrumento de triagem protocolado em todos os serviços de urgência em Portugal. Segundo o Grupo Português de Triagem (2010), a avaliação da dor em contexto de urgência é um processo que exige perícia e treino, existindo restrições especiais neste ambiente, que refletem a natureza da urgência da situação de saúde da pessoa e a falta de tempo para a avaliação. As dificuldades na avaliação da dor vão para além da intervenção de enfermagem no momento da triagem.

### MÉTODOS

O presente estudo de investigação é de cariz quantitativo, descritivo e exploratório. Deste modo, foi necessário identificar quais as barreiras que mais eram salientadas pelos enfermeiros do serviço de urgência para posteriormente se conseguir intervir. Logo, é um estudo para objetivar o posicionamento da amostra sobre este tema. Não foram encontradas escalas para as barreiras na monitorização da dor, pois apesar de existirem variadíssimas escalas de avaliação da dor este não é o objeto de estudo da investigação.

Desta forma, foi criado um instrumento de colheita de dados em forma de questionário, dividido em duas partes. Primeira parte com 10 questões de caracterização sociodemográfica e segunda parte com 33 barreiras (identificadas pela revisão da literatura) onde os enfermeiros eram convidados a posicionarem-se em “Sempre”, “Frequentemente”, “Algumas vezes”, “Raras vezes”, “Nunca”, completando uma escala de *Likert*.



Este instrumento foi submetido a pré-teste que contribuiu para o seu melhoramento e para garantir a sua aplicabilidade. O pré-teste envolveu vários enfermeiros de 3 serviços de urgência polivalentes do Norte de Portugal, com condições de trabalho muito idênticas às da amostra.

A amostra é de 81 enfermeiros diretamente envolvidos na prestação de cuidados no serviço de urgência polivalente do hospital em estudo. Para isso, foi dada autorização da instituição para a colheita de dados. Os dados foram submetidos a análise de estatística descritiva para melhor compreensão e discussão dos resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 81 enfermeiros da nossa amostra, 32 são do sexo masculino e 49 do sexo feminino, ambos diretamente envolvidos na prestação de cuidados. Por sua vez, no tocante às idades, estas situam-se entre os 26 e os 60 anos, perfazendo uma média de 39 anos. Quanto ao exercício da profissão, o(a) enfermeiro(a) com menos experiência exerce funções há 2 anos e o(a) mais experiente há 40 anos, com uma média de 16 anos de experiência na globalidade da amostra. Relativamente aos anos de trabalho na profissão de enfermagem, no serviço de urgência em questão, os valores compreendem-se entre alguns meses (menos de um ano) e 34 anos de serviço, com uma média de 11 anos de trabalho neste serviço. Constata-se, assim, que é uma equipa de enfermagem com experiência considerável na profissão e no serviço de urgência e, apresenta grande heterogeneidade nas faixas etárias, assim como, nos anos de profissão. Desta forma, entende-se que o ensino de enfermagem e a formação na área da dor é diferente, pois estes enfermeiros pertencem a diferentes gerações de ensino.

Na primeira parte do questionário salienta-se

a pergunta endereçada aos indivíduos da amostra, relativamente ao facto de considerarem existir barreiras na monitorização da dor no serviço de urgência estudado. Os investigadores identificaram este problema. A revisão da literatura veio comprovar a pertinência do tema e existência deste problema. No entanto, o mais importante era saber a opinião dos enfermeiros relativamente a esta questão. Constata-se, então, que 95,1% dos inquiridos afirma ser da opinião da existência de barreiras na monitorização da dor no serviço de urgência, o que mais uma vez vem comprovar a necessidade e pertinência do estudo.

Das 33 barreiras que constituíam a segunda parte do questionário, foram apenas valorizadas aquelas onde houve uma grande expressão de uma determinada resposta da escala de *Likert*. Uma dessas barreiras prendia-se com a priorização da dor aguda relativamente à dor crónica, onde 29,6% dos enfermeiros afirmam ter “sempre” uma atuação mais imediata perante uma dor aguda relativamente a uma dor crónica, 48,1% referem “frequentemente” e 17,3% “algumas vezes”. Vários são os estudos que corroboram estes dados, como os de Al-Saher *et al.* (2011), Bennetts *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), que realçam a necessidade de nos serviços de urgência haver a priorização constante entre a pessoa em situação crítica com dor aguda, e a pessoa com dor crónica.

Os enfermeiros da amostra, quando questionados sobre se usufríssem de maior formação na área da dor prestariam melhores cuidados de saúde, responderam de forma bastante diversificada, tendo, dentro do grupo, afirmações algo dispare. Relativamente a este item, 25,9% dos inquiridos responderam “sempre”, 38,3% “frequentemente”, 25,9% “algumas vezes”, 6,2% “raras vezes” e 3,7% “nunca”. Assim, tal como o estudo já referido por Zhang *et al.* (2008),

## “ os enfermeiros referem a falta de tempo como condicionante na educação para a saúde ”

a formação na área da dor melhora a prestação de cuidados de enfermagem. De acordo com Hong, J. & Lee, E. (2014), Kizza *et al.* (2016), Andersson *et al.* (2017), muitos doentes continuam a ter a sua dor monitorizada ineficazmente devido ao não cumprimento das recomendações das práticas de gestão da dor e, inclusive, devido a *deficits* de formação. Dąbrowska *et al.* (2015) comprova o referido anteriormente e identifica a falta de formação na área da dor como um problema sério, uma vez que há pouca formação nessa área específica.

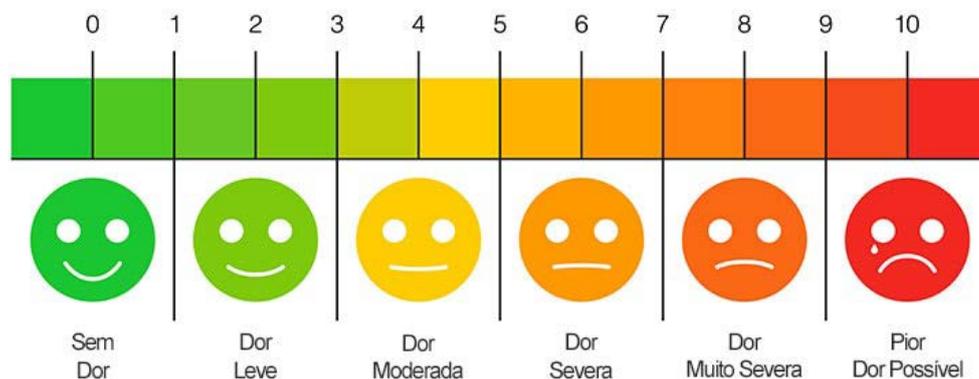
Outra das barreiras identificadas no questionário prendia-se com o tempo insuficiente num serviço de urgência para proporcionar o alívio da dor de forma não farmacológica. Esta é uma barreira permanentemente existente na maior parte dos serviços de saúde portugueses e mundiais. Compreender-se-á, assim, os dados muito explícitos a que se chegou, onde 40,7% afirmaram que é “sempre” uma barreira, 43,2%, “frequentemente” e 11,1% “algumas vezes”. Fazendo, novamente, referência ao estudo de Coker *et al.* (2010), estes autores identificam a falta de tempo como uma barreira para proporcionar o alívio da dor de forma não farmacológica.

A falta de medidas não farmacológicas é, de facto, uma realidade no serviço de urgência estudado. Uma barreira identificada, também, no trabalho de Dąbrowska *et al.* (2015), que tem sido um pilar importante na argumentação dos resultados do estudo, onde é afirmado que os métodos não farmacológicos de controlo da dor continuam a ser uma opção terapêutica negligenciada. Além deste trabalho, Coker *et al.* (2010) referem esta barreira, afirmando que há falta de tempo para a educação e promoção da saúde, nomeadamente, no que se refere a medidas não farmacológicas. Silveira *et al.* (2016) no seu trabalho, afirmam que os enfermeiros apenas interrogam os doentes quanto à existência de dor, avaliando a inten-

sidade e localização, limitando-se a realizar somente a intervenção farmacológica. Testemunhando esta visão, 32,1% dos enfermeiros deste serviço referem que há “sempre” uma escassez destas medidas e 53,1% “frequentemente”. Verifica-se, assim, que a amostra do estudo é da mesma opinião que os autores referidos.

A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor, posição retirada do estudo de Elcigil *et al.* (2015). Por sua vez, fazendo, novamente, o paralelismo com um dos estudos referenciados para a elaboração deste questionário, Dąbrowska *et al.* (2015) defendem que a falta de conhecimento e a falta de tempo para a educação continuada são barreiras para a monitorização efetiva da dor. Ao pronunciarem-se sobre esta temática, os enfermeiros referem a falta de tempo como condicionante na educação para a saúde como sendo “sempre” uma barreira na monitorização da dor em 29,6%, 38,3% referem “frequentemente” e “algumas vezes” 29,3%.

O serviço de urgência, por excelência, é um serviço onde os rácios enfermeiro/doente estão constantemente a variar ao longo do dia de trabalho. A equipa de enfermagem é sempre em igual número, contudo, ninguém consegue prever exatamente quantos doentes irão entrar pela porta do serviço a pedir ajuda. Desta forma, estas características inerentes a qualquer serviço de urgência podem, desde logo, ser uma barreira na monitorização da dor, sobretudo quando há uma elevada procura de cuidados de saúde. No estudo de Fosnocht *et al.* (2005), é feita referência a uma resistência nos serviços de urgência no que toca a ambiente e número de interrupções pelas múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo. Adicionalmente, autores como Al-Saher *et al.* (2011), Bennets *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), discutem também o desajuste



dos rácios enfermeiro/doente, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos nos serviços de urgência. Posteriormente, Dąbrowska *et al.* (2015) referem que a escassez de pessoal também constitui um entrave para o perfeito atendimento das pessoas em situação crítica. De acordo com os dados obtidos, o serviço estudado não é exceção pois 28,4% dos inquiridos consideram que os rácios enfermeiro/doente representam “sempre” uma barreira na monitorização da dor, 59,3% “frequentemente”, 8,6% “algumas vezes” e 3,7% “raras vezes”.

Algumas organizações, como a Organização Mundial de Saúde, fazem referência à deficiência em avaliar e documentar rotineiramente a dor por parte dos profissionais de saúde, propondo a inclusão no currículo dos profissionais de saúde de capítulos com conteúdo sobre a dor, com o objetivo de preparar os profissionais para a avaliar e tratar efetivamente. Na literatura internacional, é possível encontrar várias referências à escassez de registos no âmbito da avaliação e reavaliação da dor (Haonga *et al.*, 2011; Wulp *et al.*, 2011; Bhandari *et al.*, 2013). A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2008) determinou que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso do plano terapêutico depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Tendo este processo início aquando da triagem, é fulcral que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no serviço de urgência. Neste sentido, e numa lógica de continuidade e avaliação da evolução, a mesma escala deverá ser disponibilizada no sistema informático das diversas áreas de

encaminhamento passíveis de seleção. Pinheiro *et al.* (2014), dizem-nos que é imperativo avaliar e registar a queixa de dor do doente, para que toda a informação seja transmitida ao longo dos vários turnos de trabalho e entre a equipa multiprofissional. Os registos devem ser um elemento integrante do processo de enfermagem e uma prática corrente de todos os profissionais de saúde. No entanto, por diversas razões já abordadas anteriormente sobre as barreiras referidas, nem sempre é realizado este procedimento. Segundo os dados da amostra, 7,4% dos enfermeiros procedem “sempre” ao registo da dor após administração de analgesia, 17,3% “frequentemente” e 28,4% “algumas vezes”. Por sua vez, um número expressivo de 40,7% refere proceder “raras vezes” ao registo da dor e 6,2% “nunca”.

Relativamente à temática deste estudo, Sampson *et al.* (2014) acrescentam que o tratamento da dor inadequado e tardio deve-se à falta de consciencialização e conhecimento sobre a gestão da dor, dificuldades na avaliação e reavaliação da dor e problemas estruturais no serviço de urgência que contribuem para o atraso e ineficácia na avaliação deste 5º sinal vital. Estes autores consideram que, a aplicação de medidas não farmacológicas e a prescrição inadequada ou insuficiente de analgesia continua a prevalecer e a sofrer demoras. Assim, aconselham intervenções no âmbito da mudança do comportamento profissional no serviço de urgência, tais como educação direcionada para o processo de triagem e conhecimento na área da gestão da dor, de forma a tornar este processo de gestão mais exequível.

## CONCLUSÃO

O presente estudo norteou-se por uma investigação sobre as principais barreiras na monitorização da dor identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência, no sentido de melhorar o atendimento da pessoa que apresenta dor, intervir no seu controlo, assegurando os cuidados necessários por parte dos profissionais em prol da qualidade dos mesmos e, como tal, da satisfação dos doentes.

Neste sentido, enquanto problemática diária com que se deparam os profissionais de enfermagem, o presente estudo vai ao encontro da inquestionável necessidade de uma maior reflexão e formação contínua destes profissionais sobre a monitorização da dor, tendo em consideração a presença de multifacetadas barreiras que surgem a vários níveis. As barreiras evidenciadas aquando da revisão de literatura específica sobre a monitorização e avaliação dos cuidados de saúde relativamente ao sintoma dor, constituem inegavelmente uma condição necessária para a identificação desses problemas na população em estudo, como um alerta sobre a importância do tema no serviço. Aliás, Holmström *et al.*, 2018, assim como Varndell *et al.*, 2018, referem que identificar estas barreiras pode ajudar a desenvolver estratégias para minimizar a dor e promover a qualidade do atendimento do doente no serviço de urgência.

A pesquisa e fundamentação de índole teórica forneceu informação, orientações e conceitos essenciais para a compreensão da temática em análise, nomeadamente no que concerne às principais barreiras percecionadas e identificadas pelos enfermeiros num serviço de urgência na monitorização da dor dos doentes, isto é, como é efetivamente avaliada e registada a dor, no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Como resultados positivos acrescidos à investigação, o recurso a pesquisa de bibliografia existente sobre o tema e de estudos já efetuados nesta área, permitiu o desenvolvimento e aplicação de um inquérito por questionário aos enfermeiros do serviço de urgência em estudo, obtendo-se, posteriormente, resultados que possibilitaram a resposta às questões de investigação previamente formuladas, considerando-se, deste modo, que os objetivos propostos foram alcançados.

Assim, em termos genéricos, os resultados a que chegamos remetem-nos, antes de mais, para a necessidade de formação contínua respeitante à construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais nesta área específica de cuidados de enfermagem.

A atualização das práticas e comportamentos dos enfermeiros, permite prestar mais e melhores cuidados de qualidade aos doentes. Considera-se, então, que a realização de estudos semelhantes em outros serviços de urgência, assim como investigações com horizonte temporal mais alargado, diferentes critérios de seleção e/ou diferentes metodologias, poderão fornecer um inegável contributo para a atuação diária do profissional de enfermagem.

Sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, torna-se indispensável realizar a monitorização e os registos sistematizados da mesma, numa abordagem de avaliação inicial e de reavaliação contínua, durante todo o tempo de permanência dos doentes no serviço de urgência e na instituição de saúde. Nesse sentido, o profissional de enfermagem assume um papel preponderante neste âmbito, mobilizando todos os conhecimentos que detém no âmbito das suas competências profissionais.

Advindas destas essenciais premissas crescem, naturalmente, como propostas de melhoria, entre outras, a necessidade da existência de protocolos na monitorização da dor, de formação sempre atualizada e melhoria dos registos da dor dos doentes e das relações humanas. Sugere-se, assim, uma estrutura base ou guia, adaptada posteriormente à individualidade de cada pessoa em situação crítica. Ou seja, construção de um protocolo de atuação no âmbito da avaliação da dor, enquanto guia orientador da intervenção do enfermeiro e, potencialmente, como promotor da uniformização da informação registada.

Por sua vez, sugere-se, igualmente, a promoção de sessões de formação contínua aos enfermeiros no âmbito da dor, sensibilizando a equipa para a importância do cumprimento das diretrizes emanadas nacional e internacionalmente e, para a relevância do seu papel, no âmbito da avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica, alvo de cuidados.

Finalmente, podemos concluir, que os enfermeiros estão sensibilizados para a temática em estudo, manifestando a necessidade de investimento em formação na gestão da dor da pessoa em situação crítica com capacidades cognitivas comprometidas, melhoria dos registos e elaboração de protocolos de atuação, os quais poderão contribuir para uma avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica no serviço de urgência mais completa dando, também, cumprimento às normas legislativas dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor.

## BIBLIOGRAFIA

Al-Shaer, D., Hill, P. & Anderson, M. (2011). *Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention*. Medsurg Nursing.

Andersson, V., Bergman, S., Henoeh, I., Ene Kerstin, W., Otterström-Rydberg, E., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2017). *Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention*. Scandinavian Journal of Pain, 15(1), 22-29.

Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S. & Doherty, S. (2012). *Pain management in Australia emergency departments: current practice, enablers, barriers and future directions*. Emergency Medicine Australasia.

Berben, S., Meijs, T., van Grunsven, P., Schoonhoven, L. & van Achterberg, T. (2011). *Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care*. Injury, 1-6. Elsevier Ltd.

Bergman, C. (2012). *Emergency Nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain*. Journal of Emergency Nursing.

Bhandari, R., Malla, G., Mahato, I. & Gupta, P. (2013). *Use of analgesia in an emergency department*. Journal of Nepal Medical Association.

Brennan, F., Carr, D. & Cousins, M. (2007). *Pain Management: A Fundamental Human Right*. Anesthesia & Analgesia.

Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I. & Taniguchi, A. (2010). *Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units*. Applied nursing research.

Costalino, L. (2015). *A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas*. Salusvita.

Czarnecki, M. & Al, E. (2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

Dabrowska, W., Dabrowski, S. & Basinski, A. (2015) – *Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Post-Operative Pain Management – an International Perspective*. Copyright by Wrocław Medical University. ISSN 1899-5276.

Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003, A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa, Portugal.

- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008*. Lisboa, Portugal.
- Downey, L. & Zun, L. (2010). *Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction*. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock.
- Elcigil, A., Maltepe, H., Esrefgil, G. & Mutafoğlu, K. (2011). *Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital*. J Pediatr Hematol Oncol. Volume 33, Supplement 1. Lippincott Williams & Wilkins.
- European Pain Federation (2016). *About pain*.
- Fosnocht, D., Swanson, E. & Barton, E. (2005). *Changing Attitudes About Pain and Pain Control in the Emergency Medicine*. Emergency Medicine Clinics of North America.
- Fry, M., Chenoweth, L. & Arendts, G. (2015). *Assessment and management of acute pain in the older people with cognitive impairment: a qualitative study*. International Emergency Nursing, 24, 54-60.
- Gorawara-Bhat, R., Wong, A., Dale, W. & Hogan, T. (2016). *Nurses perceptions of pain management for older-patients in the emergency department: a qualitative study*. Patient Education and Counseling, 100(2), 231-41.
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando (2ª ed.)*. Amadora, Portugal: BMJ Publishing Group.
- Haonga, B., Makupa, J., Muhina, R. & Nungu, K. (2011). *Pain management among adult patients with fractures of long bones at Muhimbili Orthopaedic Institute in Dar es Salaam, Tanzania*. Tanzania Journal of Health Research.
- Holmström, R., Junehag, L., Velandar, S., Lundberg, S., Ek, B. & Häggström, M. (2018). *Nurses' experiences of prehospital care encounter with children in pain*. International Emergency Nursing, 43, 23-28.
- Herr, K., (2006). *Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Pain Management Nursing.
- Hong, J. & Lee, E. (2014). *Effect of evidence-based postoperative pain guidelines via web for patients undergoing abdominal surgery in South Korea*. Asian Nursing Research, 8(2), 135-142.
- International Association for the Study of Pain (2014). *IASP taxonomy*.
- Keating, L. & Smith, S. (2011). *Acute pain in the emergency department: the challenges*. British Journal of Pain.
- Kizza, B., Muliira, K., Kohi, W. & Nabirye, C. (2016). *Nurses knowledge of the principles of acute pain assessment in critically ill adult patients who are able to self-report*. International Journal of Africa Nursing Sciences, 4, 20-27.
- Oliveira, R., Silva, L., Freitas, C., Oliveira, S., Pereira, M. & Leitão, I. (2014). *Measurement of pain in clinical nursing practice: integrative review*. Journal of Nursing UFPE on line.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, serie 1, nº 1.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.
- Pinheiro, A., Roso, C., Zamberlan, C., Cherobini, M. & Perrando, M. (2014). *Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa*. Journal of Nursing and Health, 4(1), 77-89.
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2014). *Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain*. Pain Management Nursing.
- Sampson, C., Goodacre, W. & Cathain, O. (2014). *Interventions to improve the management of pain in the emergency departments: systematic review and narrative synthesis*. Emergency Medicine Journal, 0, 1-10.
- Silveira, N., Silveira, R., Avila, L., Gonçalves, N., Lunardi, V. & Enderle, C. (2016). *Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes*. Enfermagem em Foco, 7 (1), 61-65.
- Varndell, W., Ryan, E., Jeffers, A. & Marquez-Hunt, N. (2016). *Emergency nursing workload and patient dependency in the ambulance bay: A prospective study*. Australasian Emergency Nursing Journal, 19(4), 210-216.
- Wilson, B. (2007). *Nurses' Knowledge of pain*. Journal of Clinical Nursing.
- Wulp, I., Sturms, L., Jong, A., Schot-Balfoort, M., Schrijvers, A. & Stel, H. (2011). *Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study*. Emergency Medicine Journal.
- Zhang, C., Hsu, L., Zou, B., Li, J., Wang, H. & Huang, J. (2008). *Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China*. Journal of pain and symptom management. Elsevier Inc.



# A LUDOTERAPIA

## NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO ADULTO COM PSICOPATOLOGIA: UMA REFLEXÃO CONCEPTUAL

### RESUMO

Este artigo pretende realizar uma reflexão conceptual sobre a Ludoterapia como instrumento do cuidado de Enfermagem ao adulto com psicopatologia no contexto de internamento.

A Ludoterapia está usualmente relacionada com terapia em crianças. Porém esta atividade é também um instrumento importante no cuidado ao adulto, visto que a sua aplicação proporciona benefícios ao nível cognitivo, afetivo, motor, social e comunicacional. Este artigo apresenta o resultado de uma vasta pesquisa bibliográfica e de uma análise interpretativa dos resultados, originando uma revisão do conceito de Ludoterapia, em que simultaneamente aborda a implementação da atividade lúdica em Enfermagem e a sua aplicação no adulto com psicopatologia, mais precisamente na depressão e em comportamentos aditivos como o alcoolismo. São apresentadas algumas atividades lúdicas que podem ser aplicadas em internamento psiquiátrico.

Assim, é demonstrado que a Ludoterapia é uma atividade económica e fácil de implementar, podendo ser adaptada segundo o diagnóstico ou as características do cliente de Enfermagem, uma vez que existe uma infinidade de jogos terapêuticos. Por isso, a sua utilização em indivíduos adultos com patologia psiquiátrica, inseridos no contexto de internamento, é uma mais valia na promoção e no restabelecimento do bem-estar psicológico do indivíduo, reduzindo o desconforto e auxiliando na expressão de sentimentos.

**Palavras-Chave:** Ludoterapia; Enfermagem; Psicopatologia;

## INTRODUÇÃO

A palavra Ludoterapia provém da palavra latina ludus, cujo significado remete para jogos ou algo lúdico que diverte ou distrai. Deste modo, Ludoterapia consiste na terapia através de jogos, usualmente associada a terapia para crianças. Porém, este tipo de terapia é cada vez mais utilizado em adultos portadores de psicopatologia ou de traumas de infância.

Segundo Olson-Morrison (2017) “os adultos precisam de brincar”. Assim, este autor refere que a terapia de jogo é uma ferramenta poderosa para adultos, uma vez que nestas sessões o adulto torna-se absorvido na atividade de jogar e desenvolve um tipo de consciência de si que não é possível através da verbalização.

Assim, a Ludoterapia possibilita por meio da recreação, que o cliente consiga expressar aquilo que acha de si próprio e do ambiente que o rodeia, através do desenvolvimento de atividades que promovem o incremento das suas capacidades cognitivas, afetivas, motoras, sociais e comunicacionais.

É uma intervenção que pode ser usada no cuidado de Enfermagem como forma de aliviar a ansiedade causada por experiências anormais decorrentes de doença, segundo Santos et al (2017).

Relativamente ao internamento psiquiátrico, sabe-se que essa situação pode provocar grandes mudanças na vida da pessoa. Algumas dessas mudanças são, por exemplo, o isolamento social que pode estar presente devido, por exemplo, à abstinência, a depressão, confusão, habilidades verbais deficientes, interação com os pares e superdependência em figuras de autoridade” (Demanchick, Cochran & Cochran, (2003) citando Davis & Shapiro, (1983, p. 147)). Essa atividade auxilia o crescimento pessoal

e a sua independência, uma vez que o mesmo precisa de uma oportunidade para se aceitar completamente enquanto experimenta a aceitação de outros. (Guerney, (1983) citado por Demanchick, Cochran & Cochran (2003)).

Os jogos terapêuticos proporcionam alegria, aprendizagem e estimulação da mente, a diversão, risos, bem-estar, prazer e o distanciamento do quotidiano. Promove ainda a criatividade e a realização de exercícios que estimulem as funções motora e cognitiva, além de permitir a socialização e a integração, de acordo com Matos (2006) citado por Simioni et al (2014).

Deste modo, este artigo tem como objetivo efetuar numa reflexão conceptual acerca da Ludoterapia e a sua aplicação na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa adulta com psicopatologia em contexto de internamento psiquiátrico.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A elaboração deste artigo ocorreu no seguimento da Prática Clínica realizada ao longo da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria numa unidade hospitalar na região de Lisboa, onde foi desenvolvida a temática, com a elaboração de documentos de estudo sobre a implementação da Ludoterapia em contexto de internamento psiquiátrico.

Foi realizado um levantamento bibliográfico em várias bases de dados como a Scielo, Nursing, EBSCO, Lilacs, privilegiando artigos compreendidos entre o ano 2000 e 2019 e em documentos físicos disponíveis para consulta em bibliotecas.

A bibliografia utilizada foi selecionada de acordo com os critérios temporais acima referidos e também por palavras-chave, nomeadamente ludoterapia, adulto, psicopatologia ou doença mental, enfermagem, internamento.



Depois de concluído o levantamento bibliográfico, a documentação foi submetida a uma análise interpretativa, de modo a atingir os objetivos e conseqüentemente a realizar uma reflexão conceptual sobre o tema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de concluído o levantamento bibliográfico, a documentação foi submetida a uma análise interpretativa, de modo a atingir os objetivos e conseqüentemente a realizar uma reflexão conceptual sobre o tema.

### 1- A implementação da Ludoterapia no cuidado de Enfermagem

A implementação da Ludoterapia na prática de cuidados ao cliente adulto com psicopatologia pode variar de acordo com as características do mesmo. Segundo Marston & Szeles-Szecsei (2000), um simples jogo de cartas pode ser eficaz para ajudar um cliente recém internado a expressar as suas emoções. Em clientes que demonstram raiva, agitação e dificuldades de comunicação, por exemplo, os autores referem que este jogo terapêutico permitiu a aceitação do cliente à sua nova condição de internamento e à compreensão da equipa acerca das causas que levavam esses clientes a demonstrarem comportamentos mais agressivos. Deste modo, a Ludoterapia foi uma ferramenta eficaz no auxílio dos clientes a partilharem os seus sentimentos e a ajustarem-se às suas perdas. Esta atividade, permitiu também ajudar a equipa a encontrar formas mais direcionadas para auxiliar os clientes a expressar a sua raiva.

Marston & Szeles-Szecsei (2000), salientam também que o jogo terapêutico permite a redução de resistência por parte do cliente. Os mesmos autores revelam no seu estudo que um jogo tão familiar como o jogo das damas, pode ser uma ferramenta eficiente

quando os clientes demonstram comportamentos de oposição ou falta de vontade em participar na sua recuperação. Durante esta atividade, o terapeuta introduziu perguntas e solicitou aos clientes que falassem sobre questões significativas, revelando mais sobre eles próprios. Depois de algumas sessões, o terapeuta também foi capaz de oferecer novas visões e alternativas aos clientes, através do diálogo "disfarçado" durante o jogo, permitindo que a terapia progredisse para um ponto em que os clientes foram demonstrando progressivamente menos ansiedade. A abordagem da Ludoterapia na recuperação destes clientes foi um complemento útil para a superação de obstáculos na terapia e para a avaliação. Os mesmos autores referem que, antes de ser implementada esta atividade com os clientes, esta deve ser entendida pela equipa e pelas famílias ou qualquer outra pessoa envolvida no processo de recuperação. Caso contrário, pode haver alguma dificuldade se o cliente descreve a sessão de terapia para essas pessoas como um momento em que o cliente e o terapeuta "brincam", uma vez que este conceito está associado a uma infantilização.

Mas no que toca as técnicas de terapia lúdica, Hall, Kaduson & Schaefer (2002) referem que existe uma infinidade de jogos terapêuticos que podem ser implementados de acordo com as características e patologias dos clientes. No seu artigo, os autores demonstram que a Ludoterapia é eficaz, agradável, barata e fácil de implementar. Assim, a facilidade em introduzir a terapia lúdica na prestação de cuidados de Enfermagem ao cliente com psicopatologia, leva a considerar a importância da mesma na promoção ou restabelecimento do bem-estar psicológico do indivíduo, assumindo-se como um meio de reduzir do desconforto do cliente, permitindo expressão de emoções e sentimentos, nervosismo, apatia, alterações de comportamento e até mesmo a relutância

## “Começando na cabeça, a Ludoterapia trabalha os dois hemisférios do cérebro”

quanto ao tratamento.

### 2- A aplicação da Ludoterapia na pessoa com psicopatologia

A aplicação da Ludoterapia é vasta e de acordo com Silva & Rocha (2016), o lúdico pode ser trabalhado com cliente que apresentem depressão, porque permite a interpretação e observação do pensamento através do ato de provocar sentimentos de acordo com a situação proposta. A Ludoterapia assume-se como a aplicação de procedimentos de psicoterapia, onde o jogo terapêutico tem um importante destaque no processo terapêutico. Silva & Rocha (2016) referem que através disso, é possível observar o comportamento lúdico do cliente, tratando-se de uma terapia interpessoal. As estratégias utilizadas pelo terapeuta consistem na escuta, na fala, mediadas pelos diferentes jogos terapêuticos, com o objetivo de explorar o self do cliente, ou seja, os sentimentos, pensamentos, experiências, comportamentos, através da comunicação e do lúdico.

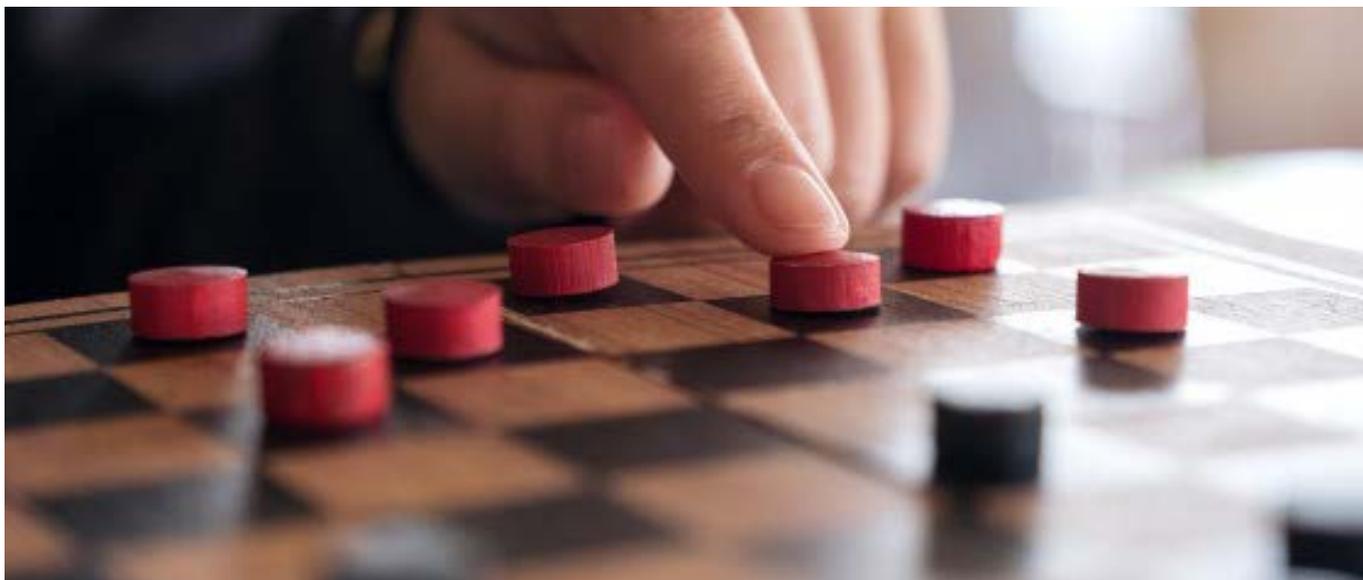
A Ludoterapia é uma técnica efetiva com clientes depressivos, segundo Silva & Rocha (2016), porque favorece a expressão de sentimentos, conflitos e dificuldades. Através da terapia lúdica, as situações traumáticas ou tristes que não são manifestadas na fala, são expostas na atividade lúdica, sendo apontada como um recurso com resultados positivos no trabalho com clientes depressivos. Os mesmos autores referem que as dificuldades de expressar aquilo que gera a depressão, os sentimentos negativos e as angústias presentes na pessoa com depressão podem ser expressas na atividade lúdica. (Silva & Rocha, 2016).

Também, Rangé & Marlatt (2008), consideram que a Ludoterapia pode ser benéfica com cliente com comportamentos aditivos, nomeadamente o alcoolismo. O álcool

exerce um grande efeito ao nível das emoções, sendo que “o primeiro efeito das bebidas alcoólicas sobre as emoções é um efeito direto do etanol sobre o sistema nervoso central.” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 380). Quando o álcool consumido em doses elevadas, origina, na maioria dos indivíduos, uma diminuição ou eliminação dos efeitos associados a um estado emocional negativo. Mikolajczak & Desseilles (2014) referem que numa concentração de álcool mais baixa, os efeitos sobre as emoções são moderados, e por isso, esta capacidade de abolir as respostas emocionais permite explicar o uso do álcool por determinadas pessoas. Os mesmos autores referem que o álcool estreita o campo de atenção, levando os indivíduos a um estado de congruência, tratando apenas as informações mais evidentes. Se este estado for agradável, os indivíduos revelam sentimentos de euforia. Se o estado for desagradável experimentam sentimentos de mal-estar ou tristeza de uma forma acentuada. Deste modo, é possível perceber que os alcoólicos se apresentam mais eufóricos em grupo e mais disfóricos quando bebem isoladamente.

Mikolajczak & Desseilles, (2014), salientam que nos períodos de abstinência, o recurso à bebida ocorre em determinadas situações, mas frequentemente de modo automático de sem que a pessoa tenha tempo de tomar consciência da emoção que o assola. Assim, o álcool é utilizado como um meio pouco adaptativo de regulação de emoções, levando a pessoa a um humor depressivo. A privação do álcool leva a uma recuperação progressiva do humor e a abstinência constitui uma forma eficaz de permitir uma recuperação progressiva de humor e diminuir a força da apetência para o álcool, sendo o primeiro modo de tratamento da depressão nos alcoólicos, segundo (Mikolajczak & Desseilles (2014).

Deste modo, a Ludoterapia demonstra ser



um instrumento proveitoso na recuperação da pessoa com depressão ou em abstinência alcoólica uma vez que, de acordo com Ward-Wimmer (2002) é uma experiência integral, que convida o indivíduo em todo o seu ser total ao processo.

Começando na cabeça, a Ludoterapia trabalha os dois hemisférios do cérebro. O lado esquerdo é essencial para decidir o que fazer a seguir, quais estratégias nos levam à vitória e como pode ser verbalizado. O lado direito, é o lado artístico, que nos permite idealizar, imaginar e “brincar”. Além disso, o mesmo autor refere que o valor e o impacto das beta-endorfinas na nossa sensação geral de bem-estar são bem conhecidos. Continuando no restante corpo, Ward-Wimmer (2002) indica que quando o ser humano ri ou canta, e se movimenta alegremente ou realiza alguma atividade agradável, tem tendência a respirar mais, obtendo assim melhores trocas gasosas. Possibilita também o alívio da tensão cardíaca, reduzindo também a fadiga e dores ou rigidez no corpo.

Geoffrion (2018), citando Hoffman (2003), refere nos seus estudos que a Ludoterapia explora a capacidade de “brincar”, e que desenvolve a capacidade de expressar os sentimentos de uma pessoa para outro indivíduo, segundo Geoffrion (2018) citando Hoffman (2003). Os mesmos autores salientam que a terapia lúdica ajuda os participantes a se tornarem mais adaptáveis e flexível “no momento” das sessões de terapia de jogo e, em geral, mais expressivos algumas emoções como resultado das atividades de terapia lúdica.

### 3- Atividades propostas para adultos em internamento

Santos et al (2017) referem que os enfermeiros podem promover a interação entre o cliente e a equipa de enfermagem, através de ferramentas que podem ser utilizados para minimizar o desconforto decorrente desse mesmo internamento. Esses instrumentos utilizados nas intervenções de Ludoterapia ajudam a reduzir as tensões e as inquietações vividas em ambiente hospitalar, segundo os mesmos autores.

Beuter & Alvim (2010) referem que o lúdico, não é somente o jogo terapêutico. Este pode ser manifestado na expressão subjetiva do cuidado de Enfermagem através do sorriso, do carinho, da atenção do toque afetivo, do olhar empático ou do diálogo atencioso, ou seja, quando o enfermeiro utiliza o seu corpo para interagir e cuidar do cliente.

Ao direcionar estas técnicas para um cuidado mais humanizado ao cliente e aliando a ludoterapia, como meio de minorar do desconforto do mesmo, previne-se ou minimizam-se momentos de irritabilidade, nervosismo, apatia, alterações de comportamento e até mesmo a relutância quanto ao tratamento.

Segundo Simioni et al (2014) ao proporcionar ao cliente a elaboração de tarefas como participar num jogo terapêutico, além de melhorar a saúde mental do mesmo, também tem repercussões positivas na sua atividade motora, que poderá ou não estar comprometida.



Para Golz e Toglia (2002) citados por Simioni et al (2014) para que as atividades causem o efeito esperado é necessário conhecer as principais habilidades cognitivas do cliente, que são: a memória, a atenção, a capacidade para a resolução de problemas e a habilidade espacial. A memória diz respeito à capacidade do cliente de resgatar informações já apreendidas. Quanto à atenção, esta é demonstrada através da capacidade do indivíduo em concentrar-se na atividade e manter a atenção. No que toca à capacidade para resolução de problemas, é caracterizada pela capacidade de procurar soluções e experimentá-las numa situação nova ou numa situação desconhecida. A habilidade espacial envolve o conhecimento dos parâmetros espaciais de objetos e suas relações espaciais, assim como a relação do seu próprio corpo com o espaço real já conhecido ou explorado.

Matos (2006) citado por Simioni et al (2014) defende que os jogos terapêuticos proporcionam alegria, aprendizagem e estimulação

da mente, diversão, risos, bem-estar, prazer, distanciamento do quotidiano, promove a criatividade e a realização de exercícios que estimulem as funções motora e cognitiva, além de permitir a socialização e a integração.

Segundo Mendonça e Macedo (2010) citados por Simioni et al (2014), a atividade lúdica utilizada de forma terapêutica, facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, e colabora para uma boa saúde mental e para o processo de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento.

Segundo Furlan (2006) citado por Simioni et al (2014), através de atividades como o jogo da memória, por exemplo, exploram-se algumas habilidades, tais como atenção, uso da linguagem oral simples, noção de relação espacial e a capacidade para resolver problemas, principalmente por tentativa e erro.

Para Muragaki, Furlan & Toldrá (2006), os

“ para que as atividades causem o efeito esperado é necessário conhecer as principais habilidades cognitivas do cliente ”

quebra-cabeças estimulam a exploração espacial a partir do conhecimento da sua dimensão, ativam a capacidade de resolução de problemas, estimulam a memória e a atenção, uma vez que obrigam o cliente a formar figuras ou encaixar peças devidamente.

Também os jogos em grupos ou duplas são instrumentos importantes no cuidado ao cliente porque favorecem a interação social que beneficia o tratamento e aumenta o bem-estar do indivíduo.

Beuter & Alvim (2010) evidenciam a expressão do lúdico no cuidado de enfermagem como algo importante na dinâmica de atividades programadas de conteúdo recreativo, uma vez que visa o bem-estar do cliente adulto hospitalizado. Os mesmos autores

defendem o lúdico como um elemento qualificador do cuidado de enfermagem que é expressado através da criatividade e da sensibilidade no ato de cuidado do enfermeiro. Deste modo, podemos entender que a ludoterapia como uma atividade que se assinala como um instrumento restaurador da saúde do cliente, facilitando a sua interação, através do seu desenvolvimento intra e interpessoal, promovendo o processo de socialização, da comunicação, entre outros.

É importante que o profissional avalie continuamente o ambiente do grupo e o humor do cliente em particular, antevendo a possível alteração de comportamentos, podendo ocorrer a necessidade de mediar alguns sentimentos como a ansiedade ou a frustração dos intervenientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lúdico, algo tão associado a crianças, é também um importante instrumento terapêutico no cuidado à pessoa adulta. A Ludoterapia assume um destaque relevante no cuidado de Enfermagem ao adulto, uma vez que possibilita que a pessoa expresse os seus sentimentos e melhore as suas capacidades cognitivas, afetivas, sociais, comunicacionais e motoras.

No que toca ao adulto com psicopatologia e ao internamento psiquiátrico decorrente desta, a Ludoterapia pode ser utilizada como forma de ultrapassar o isolamento social, a ansiedade, a difícil interação com os pares ou profissionais de saúde, sobretudo em doenças como a depressão e em comportamentos aditivos, como o alcoolismo. Esta terapia, além da fácil implementação nos cuidados de Enfermagem em contexto de internamento, porque pode ser bastante económica, permite essencialmente reduzir do desconforto do cliente e promove expressão de emoções e sentimentos do mesmo.

Quanto ao tipo de atividade a ser implementada, existem inúmeras atividades de Ludoterapia que podem ser desenvolvidos em contexto de internamento, dos mais simples aos mais complexos, acordo com o objetivo pretendido. Um simples jogo de damas, que envolve o seguimento de regras, ou um jogo que envolva a expressão plástica e o desenho, em que a pessoa expressa o que sente sem recorrer à verbalização, são excelentes instrumentos terapêuticos que auxiliam o Enfermeiro na prestação de um melhor cuidado de Enfermagem ao adulto com psicopatologia em contexto de internamento. A aplicação da Ludoterapia neste contexto permite estabelecer uma melhor relação terapêutica e promove um melhor bem-estar psicológico do cliente de Enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

- Beuter, M.; Alvim, T. & Neide A.; (2010) Expressões Lúdicas no Cuidado Hospitalar sob a Ótica de Enfermeiras. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, vol. 14, núm. 3, julho-setembro 2010. 567-574 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. Acedido a 19-02-2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300019&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Demanchick, S.; Cochran, N. & Cochran, J. (2003) Person-Centered Play Therapy for adults with developmental disabilities. International Journal of Play Therapy, 12 (1), 47-65. Acedido a 18-02-2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=168da467-b2f6-43e3-a557-e1912a1d1227%40sdc-v-sessmgr06>
- Geoffrion, C. (2018) - Play Therapy Techniques with Adults in an Inpatient Setting. Spring 5-19-2018 Lesley University. Acedido em 22-02-2019. Disponível em: [https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1090&context=expressive\\_theses](https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1090&context=expressive_theses).
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002) - Fifteen effective play therapy techniques. Professional Psychology: Research and Practice.
- Marston, D. & Szeles-Szecsei, H. (2000) - Using 'play therapy' techniques with older adults. Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health, Vol 22(3-4), 2001. pp. 122-124. Acedido a 20-02-2018. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=1c554c7e-38f6-40be-89ee-df9ada4c8b7c%40sdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2001-17197-012&db=psyh>
- Mikolajczak, M. & Desseilles, M. (2014) - *Tratado de regulação das emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Muragaki, C.; Okamoto, K.; Furlan, L. & Toldrá, R. (2006). A utilização de jogos pela terapia ocupacional: contribuição para a reabilitação cognitiva. Anais do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale da Paraíba (pp. 2554-2527). Acedido a 19-02-2019. Disponível em [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2006/epg/03/EPG00000538-ok.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000538-ok.pdf)
- Olson-Morrison, D. (2017) Integrative Play Therapy With Adults With Complex Trauma: A developmentally-Informed Approach. International Journal of Play Therapy. Vol. 26. Nr.3, 172-183. Acedido a 18-02-2019. Disponível: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=168da467-b2f6-43e3-a557-e1912a1d1227%40sdc-v-sessmgr06>
- Rangé, B. & Marlatt, A. (2008) - Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Rev. Bras. Psiquiatr, vol.30, suppl.2, pp 88-95. Acedido a 21-02-2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Santos, S.; Alves, A.; Oliveira, J.; Gomes, A. & Maia, L. (2017) A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de Enfermagem. Revista Científica de Enfermagem. 7 (21):30-40. São Paulo. Brasil. Acedido em 18-02-2018. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=37f30ad4-925d-4798-8463-bce08348fec1%40sdc-v-sessmgr04>
- Simioni, B; Nachbar, V.; Eusebio, L. Alves, M.; Bravi, M.; Ramos, R. & Ventura, F. (2014) O Desenvolvimento de Jogo Da Memória e Dominó para Auxiliar no Processo de Reabilitação de Pacientes Que Sofreram Acidente Vascular Encefálico. Encontro Científico do Gepro 2014. Acedido em: 25-02-2019. Disponível: <http://www.geprofatecjahu.com.br/gepro/index.php/gepro/gepro2014/paper/view/38>
- Silva, A. & Rocha, A. (2016). – Ludoterapia no tratamento terapêutico da depressão infantil: um estudo a partir do pensamento cognitivo-comportamental. Revista UNINGÁ Review. v.28, n.1, pp.61-69 (Out - Dez 2016); Acedido em: 21-02-2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1856>
- Ward-Wimmer D. (2002) - Introduction: The Healing Potential Of Adults At Play; Acedido em: 20-02-2019; Disponível em: <https://www.Psychceu.Com/Schaefer/Intro.Pdf>



# CONVERSAR COM OS PAIS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

## RESUMO

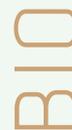
Projeto no âmbito da saúde infantil desenvolvido na USF da Baixa com o intuito de proporcionar momentos de formação / reflexão que se constituam como espaço de diálogo, de partilha, apoio e aprendizagem sobre temáticas consideradas de interesse para pais e/ou cuidadores, criando oportunidades para que se sintam mais competentes no exercício da parentalidade.

**Palavras-Chave:** Parentalidade positiva, educação para a saúde, empowerment

**Ana Lopes**, Enfermeira Especialista, Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ACeS Lisboa Central, USF da Baixa, Lisboa, Portugal

**Pedro Jácome**, Enfermeiro Especialista, Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ACeS Lisboa Central, USF da Baixa, Lisboa, Portugal

**Tânia Meneses**, Enfermeira Especialista, Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ACeS Lisboa Central, USF da Baixa, Lisboa, Portugal



## INTRODUÇÃO

Nos cuidados de saúde primários, a educação para a saúde é encarada como parte integrante dos esforços dos enfermeiros para a promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998) a educação em saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, onde se inclui a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida favoráveis ao indivíduo e comunidade. A informação que os enfermeiros proporcionam visa capacitar as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019a; Stanhope & Lancaster, 2011).

“A Educação para a saúde exige uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões, em constante interação com o meio envolvente” (Carvalho & Carvalho, 2006). Está intimamente relacionada com a promoção da saúde e abrange uma série de atividades didáticas e que promovem a saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016; Laverack, 2008).

A atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos, possibilitando às pessoas tomarem consciência do seu potencial para manutenção da saúde.

A Unidade de Saúde Familiar da Baixa (USFB) presta cuidados de saúde aos utentes da freguesia de Santa Maria Maior, que abrange bairros antigos e históricos do centro de Lisboa, tais como, Castelo, Sé,

Alfama ou Mouraria, com aproximadamente 15.000 utentes. Uma das principais características desta população é a existência de um elevado número de migrantes, sendo 29% dos utentes, estrangeiros de 94 nacionalidades, em que as mais relevantes são o Bangladesh (23,5%), Nepal (19,2), Brasil (10,7), Índia (9,7%) e China (4,9%).

Esta população multicultural coloca importantes desafios à prestação de cuidados de saúde, por apresentar vulnerabilidades específicas, como sejam as diferenças culturais e linguísticas, para além dos determinantes sociais de saúde. Destaca-se pela sua maior proporção de ativos jovens. Para além da inserção no mercado de trabalho, muitos optam também por um projeto de parentalidade em Portugal, alguns dos quais, pela primeira vez, o que se torna um desafio quer para os próprios, quer para as unidades de saúde e respetivos profissionais.

Os migrantes têm contribuído para alterar as dinâmicas demográficas da população na cidade de Lisboa, designadamente, crescimento da população jovem, aumento das taxas de natalidade e atenuação dos ritmos de envelhecimento.

Face a esta realidade, os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria (EESIP) da USFB consideraram motivante o desenvolvimento de um projeto de educação para a saúde que fosse de encontro às necessidades da população-utente da Unidade, tendo por base a promoção da saúde. Um dos elementos chave para a promoção da saúde é o empowerment, definido como, dar poder à pessoa para tomar a decisão e ter poder de escolha e autonomia sobre aquilo que acontece na sua vida (Ouschan, Sweeney & Johnson, 2000). Considera-se que os profissionais de saúde têm um papel fulcral na estimulação do empowerment no processo de capacitação para a tomada de decisão, de forma a criar oportunidades para que os



indivíduos / pais / cuidadores se sintam mais competentes, independentes e auto-confiantes em relação às suas capacidades, indo de encontro às necessidades que são sentidas. Surge nesse âmbito o projeto **CONVERSAR COM OS PAIS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA**.

Na parentalidade positiva, o pai ou mãe assumem responsabilidades e comportamentos para proporcionar o bem-estar, otimizar o crescimento e estimular o desenvolvimento harmonioso da criança, respeitando a sua integridade enquanto ser único e independente. De acordo com alguns autores (Fielden & Gallagher, 2008; Maltby, Kristjanson & Coleman, 2003; Sink, 2009) o exercício da parentalidade positiva envolve mudança, ajustamento e aprendizagem de competências necessárias à tomada de decisão parental, perante a compreensão e gestão do comportamento das crianças, permitindo aos pais uma progressiva confiança na sua própria parentalidade.

## MÉTODOS

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil realizadas na USFB durante o 1.º semestre de 2018 foram identificadas áreas e temáticas onde, no âmbito da parentalidade positiva, a literacia em saúde foi considerada mais vulnerável, tornando-se o empowerment dos pais / cuidadores e o desenvolvimento de competências parentais, como um dos focos de atenção primordial.

O projeto tem como objetivo principal, conversar com os pais / cuidadores, proporcionando momentos de reflexão que se

constituam como espaço de diálogo, de partilha, apoio e aprendizagem sobre temáticas consideradas de interesse. Mas, também, o desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, autoestima, autonomia, bem-estar e autoconfiança. É desenvolvido pelos três EESIP da USFB. Considera-se que os EESIP detêm uma posição privilegiada para responder às necessidades dos pais e criança / família, pois detêm um entendimento mais profundo e específico sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde.

A população-alvo são os pais / cuidadores de crianças inscritas na USFB e as crianças inscritas na Unidade. As sessões são também abertas aos pais / cuidadores de crianças e crianças inscritas noutras Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central (ACeS LC).

Para o ano de 2019 foram seleccionadas quatro áreas temáticas (quadro 1) designadamente: sopas e papas (preparação e confeção), higiene oral, prevenção de acidentes infantis dos 0-6 anos e suporte básico de vida para pais.

Nas quatro sessões de educação para a saúde realizadas o número de participantes por sessão foi oscilando, tendo-se observado uma média de seis pais / cuidadores por sessão, com predominância de participantes do sexo feminino.

## Quadro 1. Áreas temáticas 2019

### SOPAS E PAPAS



Capacitar os pais e cuidadores para a alimentação complementar

Instruir para a preparação e confeção das sopas e papas

Promover uma alimentação saudável desde o início da diversificação alimentar e ao longo da vida, adaptada à realidade socioeconómica e cultural de cada família

### HIGIENE ORAL



Sensibilizar a criança / pais / cuidadores para a importância da saúde oral

Instruir sobre medidas e procedimentos a adoptar para a promoção da saúde oral consoante a faixa etária em que a criança se encontra

Instruir sobre a técnica correta da escovagem dos dentes

Treinar a escovagem dos dentes

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES INFANTIS



Sensibilizar os pais / cuidadores para a prevenção de acidentes na criança dos 0 aos 6 anos

Capacitar os pais / cuidadores para a prevenção de acidentes que possam ocorrer na criança dos 0 aos 6 anos

### SUORTE BÁSICO DE VIDA PARA OS PAIS



Conhecer a cadeia de sobrevivência

Identificar e prevenir situações de risco

Saber fazer o diagnóstico de paragem respiratória

Chamar ajuda adequada e precoce

Manter permeabilidade da via aérea

Fazer compressão torácica de forma correta

Atuar perante uma criança engasgada (consciente / inconsciente)

Todas as sessões foram bilingue (português / inglês) de forma a que a informação transmitida pudesse ser acessível a todos os participantes, dadas as características multiculturais da população utente da USFB.

Para complementar a informação transmitida nas sessões de educação para a saúde, no final de cada momento formativo foi disponibilizado aos pais / cuidadores um *flyer* alusivo à temática abordada.

A avaliação foi realizada pelos participantes no final de cada sessão através de feedback oral e auto preenchimento de questionário de avaliação elaborado com essa finalidade. Foi também feita uma apreciação pelos dinamizadores do projeto no final de cada sessão, com abordagem informal dos aspetos positivos vs aspetos a melhorar.

Estabeleceram-se como indicadores de execução e qualidade:

-Taxa de realização das sessões de educação para a saúde programadas > 75%

-Taxa de satisfação global dos pais com as sessões de educação para a saúde > 75%

## RESULTADOS

Os resultados obtidos nos questionários de avaliação permitiram concluir que a totalidade dos pais / cuidadores (n=20) considerou a informação e utilidade dos conteúdos transmitidos nas sessões muito importante. Foram também da opinião de que as sessões foram de encontro às suas expectativas, pretendendo voltar a participar em futuras atividades de educação para a saúde na USFB.

O feedback transmitido posteriormente pelos pais / cuidadores nas consultas de vigilância de saúde infantil foi igualmente positivo, tendo sido enfatizado a importância dos momentos formativos para o esclarecimento de dúvidas, empowerment e o consequente desenvolvimento de competências parentais.

Relativamente aos indicadores de execução e qualidade, ambos foram atingidos: taxa de realização das sessões de educação para a saúde programadas - > 100%; taxa de satisfação global dos pais com as sessões de educação para a saúde - > 100%.

## DISCUSSÃO

As estratégias de aprendizagem que foram desenvolvidas em cada uma das sessões possibilitaram momentos de reflexão, diálogo e partilha sobre as temáticas seleccionadas.

### Sopas e papas

Após o primeiro semestre de vida, é inevitável que o leite já não deixe o bebé satisfeito, independentemente de ter bebido apenas leite materno, fórmula ou ambos. Devido ao seu desenvolvimento físico, o novo membro da família começa a necessitar de outros alimentos para satisfazer as suas exigências nutricionais. A alimentação complementar vai oferecer à criança os nutrientes essenciais ao crescimento, complementando os já existentes no leite (materno ou fórmula). Ajuda ao treino e ao desenvolvimento das capacidades de mastigação e de deglutição.

A introdução de novos alimentos deve ser gradual, tranquila e sem pressas para que o bebé se adapte a novas texturas, novos sabores e para que os pais possam, eventualmente, identificar alguma intolerância / reação alérgica.

Nesta sessão, as mães assistiram à preparação e confeção de um puré de legumes simples com três legumes (batata ou batata doce, cenoura, cebola) e de uma papa de aveia com fruta. Puderam visualizar todos os passos essenciais e colocar as suas dúvidas. Tiveram igualmente oportunidade de manipular os ingredientes / legumes, o que para algumas participantes foi algo novo, pois muitas eram migrantes do sul asiático onde nas suas tradições / hábitos culturais o conceito de sopa é diferente do nosso, tal como a introdução dos novos alimentos não segue o esquema que está

mais ou menos generalizado em Portugal.

Foi recordado pelos dinamizadores que, aquilo que a criança come nesta fase e a forma como os alimentos são oferecidos, influenciam as suas preferências por determinados alimentos e os seus hábitos alimentares durante a infância e até mesmo mais tarde, na vida adulta.

### Higiene oral

Os cuidados de higiene oral devem fazer parte da rotina de higiene diária da criança. O exemplo dos pais é da maior relevância e, ao tentar imitá-los, a criança vai adquirindo o hábito da higiene oral. Até que a criança tenha destreza motora suficiente para escovar os dentes, os pais deverão ser os responsáveis pela higiene dentária.

Foi transmitido aos participantes que a idade pré-escolar é considerada como decisiva em termos de aquisição de comportamentos saudáveis, pois nestas idades estabelecem-se os padrões básicos de alimentação e higiene, essenciais para uma boa saúde oral. Também que a higiene oral é o melhor método de prevenção da cárie e que tem efetivamente influência sobre a saúde oral e bem-estar das crianças.

Após a breve introdução foi exibido um pequeno vídeo alusivo à higiene oral – como escovar os dentes. A seguir, falou-se da pasta dentífrica, que deverá ser introduzida assim que o primeiro dente erupcione, o que acontece, normalmente, por volta dos 6 meses. Deverá ser um dentífrico com uma composição que contenha 1000-1500 ppm de flúor. A quantidade a colocar na escova deve ser do tamanho da unha do 5.º dedo da criança (DGS, 2019b). Depois dos 3 anos pode usar-se pasta dentífrica em pequenas porções, ensinando-a a não engolir o dentífrico. Os dentes devem ser escovados com uma escova pequena e macia (cerdas muito suaves e cabeças pequenas). A partir dos 6 anos de idade, a escova deve também ser macia e de tamanho médio / adequado à boca da criança. O dentífrico deve igualmente ser fluoretado, com 1000-1500 ppm e a quantidade a ser utilizada não deve exceder 1 centímetro, aproximadamente (DGS, 2019b).

Se a criança ainda não tiver destreza manual, esta atividade poderá ser apoiada, ou executada, pelos pais.

No final da sessão foi oferecida uma escova de dentes a cada uma das crianças e procedeu-se ao treino da escovagem dos dentes, tendo presente os conteúdos abordados.

### Prevenção de acidentes infantis

Ao longo do seu desenvolvimento a criança torna-se cada vez mais curiosa, procurando explorar o que a rodeia, daí a sua maior pré-disposição para a ocorrência de acidentes. Os pais têm um papel fundamental em supervisionar as atividades da criança para que esta não fique exposta a perigos desnecessários.

Segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2011), todos os dias existem cerca de 700 acidentes com crianças em Portugal, o que revela que esta problemática merece a atenção de todos, em particular, os pais / cuidadores. De acordo com a literatura, os acidentes mais frequentes são causados por quedas, afogamento, engasgamento, queimaduras, envenenamentos, asfixia e falta de segurança nos transportes. Os locais de maior ocorrência de acidentes infantis são o domicílio (Gonçalves, 2011; Gielen, McDonald & Shields, 2015). Segundo os mesmos autores, os acidentes domésticos estão diretamente relacionados com a idade da criança, a etapa de desenvolvimento psicomotor, os fatores ambientais, educacionais, socioeconómicos e culturais, os quais, por sua vez, se encontram relacionados com o comportamento e estilo de vida.

Desta forma, procurou-se nesta sessão de educação para a saúde sensibilizar os pais / cuidadores para os acidentes mais frequentes / estratégias de minimização, sugerindo a criação de ambientes seguros. Pretende-se que estes espaços abranjam os diversos ambientes que as crianças frequentam (casa, escola, por exemplo) e nos quais tenham a oportunidade de se movimentar “com autonomia sem riscos inaceitáveis criados pelo



ambiente (ambientes construídos mas também os que são criados pela organização do espaço e ainda os ambientes naturais nos quais o homem possa ter alguma intervenção aceitável)” (APSI, 2011).

### Suporte básico de vida para pais

Perante uma situação de paragem cardio-respiratória, saber o que fazer e quando fazer pode ser a diferença entre a vida e a morte. Nem sempre a prevenção permite que os acidentes não aconteçam (quedas, queimaduras, afogamentos, engasgamento) pelo que é importante que os pais e/ou cuidadores saibam como atuar caso haja necessidade de uma reanimação. O suporte básico de vida (SBV) quando realizado adequadamente aumenta a probabilidade de sobrevivência e a qualidade de vida dos sobreviventes. Neste sentido, considera-se que aprender a realizar SBV é aprender gestos que salvam vidas. Esses gestos envolvem uma sequência de passos, influenciando cada um deles a sobrevivência. O conceito de SBV pediátrico pressupõe “um conjunto de procedimentos encadeados com o objetivo de fornecer oxigénio ao cérebro e coração” (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2017, p.6). Na atividade formativa os participantes tiveram oportu-

nidade de conhecer a cadeia de sobrevivência, isto é, “o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardior-respiratória. Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte” (INEM, 2017, p.5).

A seguir às breves noções teóricas, foi apresentado e explicado o algoritmo de SBV pediátrico para não profissionais de saúde, que se baseia nas orientações do European Council of Resuscitation. Depois, passou-se à parte prática, onde os participantes puderam treinar em manequins, o SBV e o desengasgamento da criança.

Procurou-se desta forma facultar aos pais não apenas a aquisição de novos saberes, mas também o desenvolvimento de novas capacidades, pois a reanimação exige treino e manobras realizadas com qualidade e de forma ininterrupta.

Em todas as sessões de educação para a saúde os pais / cuidadores evidenciaram interesse, mostraram-se participativos, fazendo comentários e expondo as suas dúvidas, tornando estes espaços formativos mais enriquecedores.

## CONCLUSÕES

A parentalidade é algo universal. Independentemente da região ou cultura, todos os pais querem que os filhos sejam felizes e tenham sucesso nas suas vidas e na comunidade em que vivem (Webster-Stratton, 2013). Durante o exercício da parentalidade, os pais (figuras parentais) contam com os recursos da própria família e da comunidade com o potencial de intervir ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança.

Ao atuarem junto da comunidade, os enfermeiros assumem um papel ativo e preponderante, e têm a oportunidade de partilhar saberes, num desafio constante de saúde para todos, contribuindo diretamente para a obtenção de ganhos em saúde. Esta posição privilegiada para a promoção da saúde mas, também, para a promoção e manutenção da parentalidade positiva, impulsionou a concretização deste projeto, possibilitando ir ao encontro de algumas das necessidades identificadas nas consultas de saúde infantil realizadas na USFB, nomeadamente, a nível da preparação e confeção de sopas e papas, higiene oral, prevenção de acidentes infantis dos 0-6 anos e suporte básico de vida para pais.

A educação para a saúde é essencial a toda a sociedade, permitindo aos seus membros, a aquisição de conhecimentos e competências a nível individual e coletivo.

Da avaliação que foi efetuada das várias sessões de educação para a saúde realizadas no âmbito do projeto pode inferir-se que, possibilitaram aumentar o nível de literacia em saúde dos pais / cuidadores, dotando-os de ferramentas que lhes permita a adoção de comportamentos potenciadores de saúde e segurança na criança / família e, conseqüentemente, o seu empowerment e a sua capacitação para um melhor desenvolvimento de competências parentais.

É necessário que os pais / cuidadores para além de terem os conhecimentos, os interpretem e compreendam, criando soluções que lhes permitam ter comportamentos progressivamente mais saudáveis, seja através da capacitação individual ou da mudança contextual.

Considera-se que os momentos de partilha vivenciados nas sessões de educação para a saúde foram facilitadores da aprendizagem e um impulso para a mudança de hábitos / comportamento. Um outro aspeto positivo relacionou-se com o estabelecimento de relações terapêuticas mais próximas e fortalecidas com a equipa da USFB. O facto das sessões serem dinamizadas por EESIP é reconhecido como uma mais-valia, na medida em que estes profissionais trabalham em parceria com a criança e família / pessoa significativa em qualquer contexto que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As estratégias utilizadas possibilitaram ultrapassar as barreiras linguísticas e assegurar o respeito por crenças, valores e cultura dos pais / cuidadores. No entanto, houve algumas limitações, de que se destaca: os conceitos de saúde / doença dos participantes, estilo de vida saudável e competência parental mas, também, as vivências individuais --> necessidade de motivação para a adoção de comportamentos saudáveis.

Os ganhos potenciais em saúde estiveram sempre presentes na execução do projeto, pelo que se conclui que os ganhos originados com este projeto se relacionam com um grupo alvo mais informado sobre competências parentais / comportamentos saudáveis, perspectivando-se que isso lhes possibilite o exercício de uma parentalidade positiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). Plano de ação para a segurança infantil em Portugal. Retirado de [http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI\\_2011.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf)

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (2019a). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2019b). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audica-o-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal – relatório síntese. Retirado de [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)

Fielden, J. M. & Gallagher, L. M. (2008). Building Social Capital in First-Time Parents Through a Group-Parenting Program: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), pp.406-17.

Gielen, A. C., McDonald, E. M., & Shields, W. (2015). Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. *Annual Review of Public Health*, 36, pp.231-253.

Gonçalves, A. S. (2011). Promoção da segurança infantil (dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9355>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de suporte básico de vida pediátrico. Retirado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Supporte-Básico-de-Vida-Pediátrico.pdf>

Laverack, G. (2008). Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta.

Maltby, H., Kristjanson L., & Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), pp.368-373.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

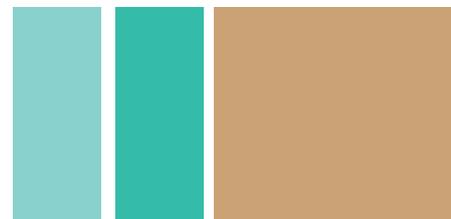
Organização Mundial de Saúde (1998). Health Promotion Glossary. Retirado de <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Ouschan, R., Sweeney, J. & Johnson, L. (2000). Dimensions of patient "Empowerment": implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18(1-2), pp.99-114.

Sink, K. (2009). Seeking newborn information as a resource for maternal support. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), pp.30-38.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Loures: Lusociência.

Webster-Stratton, C. (2013). Anos incríveis – Portuguese researchers at the University of Coimbra share their findings delivering the Incredible Years Parent and Teacher Programs. *The Incredible Years Blog*. Retirado de <https://incredibleyearsblog.wordpress.com/tag/portugal/>





# marcar a diferença

Fisioterapeutas Cátia Kavanagh Figueiredo e Paula Pinto Nogueira (CHULC - Polo HCC)



## Pausa Ativa

para Profissionais de Saúde durante a Pandemia por Covid-19

Anteriormente à pandemia por Covid-19, as Fisioterapeutas Cátia Kavanagh Figueiredo e Paula Pinto Nogueira, do Hospital Curry Cabral, pólo do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, realizavam sessões presenciais de Pilates Clínico e Fisioterapia com Dança (FisioDance®) para funcionários do Centro Hospitalar do CHULC.

Os objetivos destas sessões eram promover a saúde e o bem-estar, diminuir o stress, prevenir lesões musculoesqueléticas, diminuir as queixas algicas, melhorar a condição física e mental, melhorar a qualidade de vida e motivar para o exercício com música.

Com o surgimento da pandemia Covid-19, as sessões presenciais foram suspensas.

No entanto, o confinamento geral, o fecho dos ginásios e as situações de stress a que os profissionais de saúde se encontravam sujeitos diariamente, motivaram a necessidade de dar continuidade às sessões de Pausa Ativa usando as plataformas online.

Simultaneamente foi pedida a colaboração das Fisioterapeutas pela Psicóloga Sónia Pinote do Serviço de Saúde Ocupacional para integrar o apoio aos profissionais em recuperação pós-infeção covid e em isolamento profilático em casa. Esta colaboração foi também muito importante na divulgação do grupo Pausa Ativa a todos os profissionais do CHULC interessados em participar.

Os objetivos são agora também, em plena pandemia, promover a atividade física, diminuir a ansiedade, prevenir situações de pânico e a solidão, combater o sedentarismo e o isolamento social, manter o contato entre profissionais e a entreajuda.

As Fisioterapeutas do Pólo hospitalar do HCC iniciaram a 13 de Abril a realização de sessões online em direto e partilha do registo audiovisual, para os profissionais poderem aceder num horário que lhes seja mais conveniente.

Através de um grupo whatsapp e pelo endereço de email do CHULC [pausa.ativa@chlc-min.saude.pt](mailto:pausa.ativa@chlc-min.saude.pt), é feita essa partilha, a divulgação das sessões e o contacto entre os funcionários do CHULC.

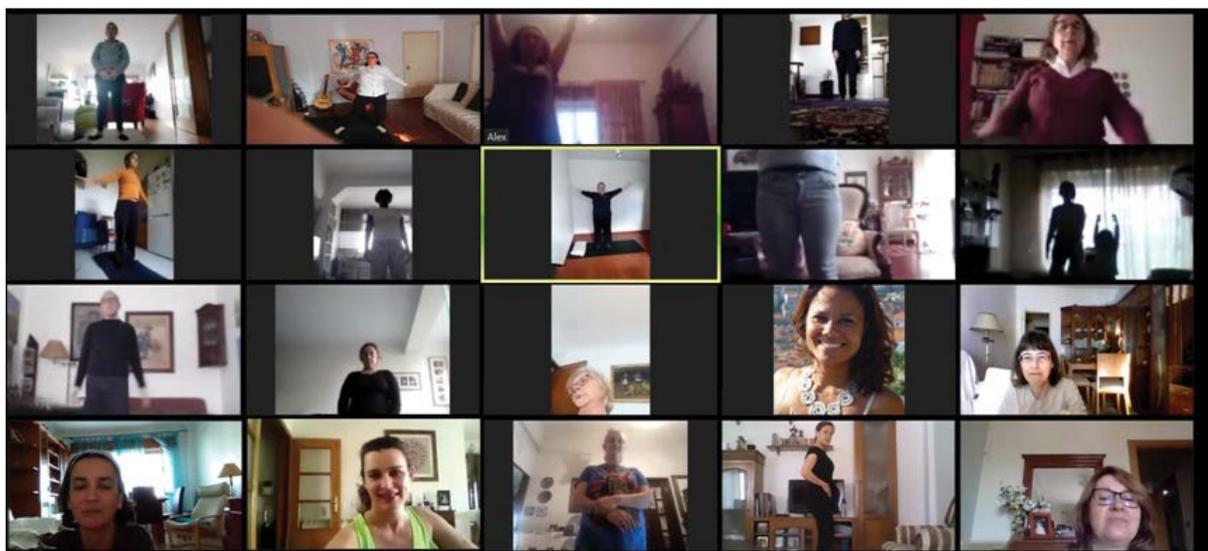
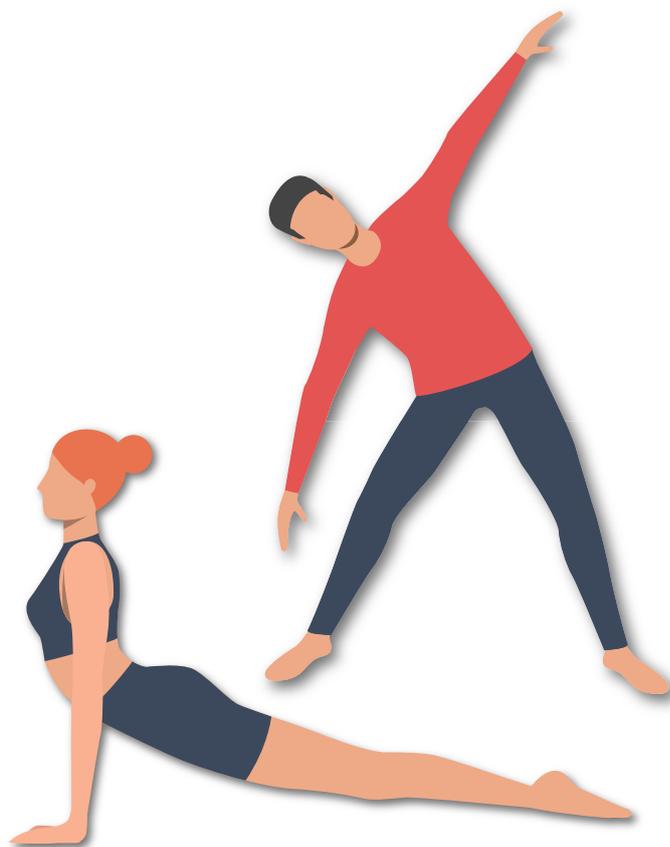


Figura 1 – Foto de sessão de Pausa Ativa por Zoom (arquivo de autores, 2020)

As sessões começaram por ser realizadas online via Zoom, 3 vezes por semana, às segundas, quartas e sextas-feiras, com a duração de 40 minutos.

Atualmente realizam-se às terças e quintas-feiras às 19 horas. Focam-se no exercício aeróbio, fortalecimento muscular, coordenação, mobilidade articular, flexibilidade e técnicas de relaxamento, tal como aconselhado pela *World Confederation of Physiotherapy* (2020).

As aulas de Pilates Clínico, FizioDance®, meditação ativa e exercício cardiofitness de baixo impacto, têm ajudado os profissionais

de saúde a manterem-se fisicamente ativos, terem algumas pausas semanais para interromper o estado de stress e ansiedade a que estão diariamente sujeitos, com melhoria na sua qualidade de vida, nas suas dimensões física, emocional, social e profissional.

O **Método de Pilates clínico** trabalha o corpo de uma forma global, tornando-se numa prática de exercício mais prazerosa. É utilizado para o bem-estar geral, tal como em reabilitação. Os princípios básicos do Pilates são a concentração, o controlo do movimento, a respiração diafragmática, a leveza, a precisão, a força e o relaxamento.

# “O condicionamento mente-corpo traduz-se numa experiência de movimento positiva”

Os exercícios são sempre adaptados à condição do paciente, respeitando as suas dificuldades, características e capacidades. O método promove a flexibilidade, ganho de amplitude articular, definição muscular, melhoria da saúde, estimulação da circulação sanguínea, melhoria do estado físico, consciência corporal e coordenação motora (Vieira *et al.*, 2013).



Figura 2 - Sessão de Pilates Clínico (arquivo de autores, 2020)



Figura 3 - Sessão de Pilates Clínico (arquivo de autores, 2020)

Um programa de Pilates clínico tem como objetivos principais o fortalecimento dos músculos abdominais e paraespinais, região designada por Joseph Pilates como o Core.

O Pilates acreditava que o propósito de uma pessoa saudável deveria ser ter uma mente forte e utilizá-la para ganhar total controlo sobre o seu próprio corpo (Pilates e Miller, 1945).

Os praticantes de Pilates clínico, com experiência superior a um ano, apresentam melhores resultados nas dimensões da função física, saúde geral e mental, e qualidade de vida, do que principiantes (experiência inferior a 3 meses) ou ex-praticantes (Vieira *et al.*, 2013).

O condicionamento mente-corpo traduz-se numa experiência de movimento positiva, reforçando a procura deste método por pessoas que desejam um bem-estar psicológico.

Estudos demonstram que a atividade física ajuda na promoção da saúde e promove sentimentos positivos de alegria e satisfação, ---reduzindo a ansiedade e depressão (Mოდоло *et al.*, 2009). Outros estudos mostram que, com o tempo, a experiência de emoções positivas ajuda indivíduos resilientes na sua capacidade de recuperar de forma eficaz do stress diário (Ong *et al.*, 2006).

A função e força dos membros superiores depende da estabilidade do tronco, de forma a permitir o movimento livre e coordenado dos mesmos. Ao trabalhar o core e o controlo do mesmo, o Método de Pilates clínico melhora significativamente a estabilidade postural e a funcionalidade dos membros superiores (Miyake *et al.*, 2013), como comprovado por estudos eletromiográficos (Nise *et al.*, 2013).

A **FisioDance®** consiste no planeamento de movimentos rítmicos pensados para pessoas saudáveis ou com incapacidade física. A marca FisioDance®, criada pela fisioterapeuta Paula Pinto Nogueira, surge ao longo da experiência profissional como uma necessi-

dade de motivação, tanto para a própria, pela sua paixão pela dança, mas principalmente para os utentes, com a necessidade de criar grupos de apoio para lidar com as suas incapacidades e evitar a imobilidade, promovendo a atividade física, contribuindo para a melhoria da sua funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar. O exercício com base na dança tem-se tornado cada vez mais popular devido aos seus benefícios psicológicos.

Promove a saúde fortalecendo o sistema imunitário através da ativação muscular e seus processos fisiológicos, melhora relação entre a coordenação e a mobilidade articular. Requer a coordenação rítmica de muitas partes do corpo em simultâneo em sequências que aumentam a concentração, e envolvem estímulos visuais táteis e auditivos. (Krample *et al.*, 2010).

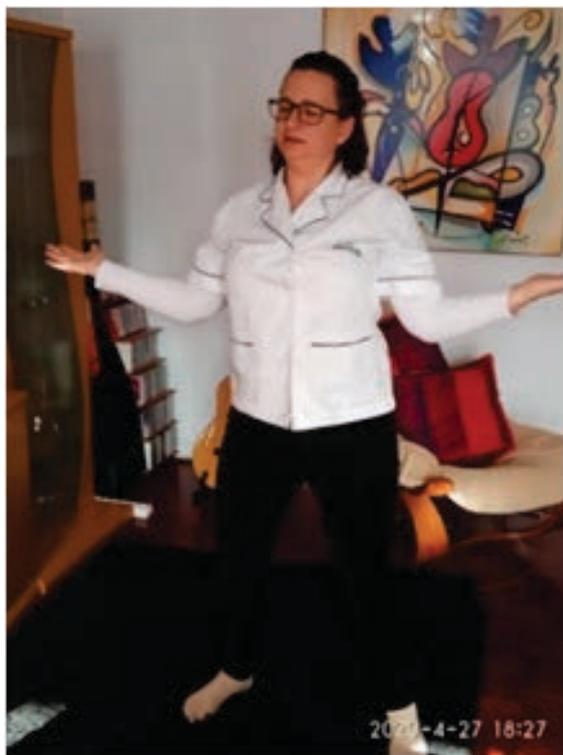


Figura 4 - Sessão de FizioDance® (arquivo de autores, 2020)

Após mais de 10 meses de atividade, o grupo faz um balanço extremamente positivo. Os objetivos iniciais foram cumpridos e algumas sessões online em direto tiveram uma média de 15 participantes.



Figura 5 - Sessão de FizioDance® (arquivo de autores, 2020)

O número de inscritos conta hoje com cerca de 60 participantes. O seu feedback tem sido positivo:

**“Excelentes aulas! Obrigada pelo apoio, pela força e pela atenção.” (Enf., HCC)**

**“Um bom momento no final do dia” (Méd., HCC)**

**“O meu corpo não queria fazer esforço, mas no fim passou a ser mais fácil” (A.O., HCC)**

Em resumo, o Fisioterapeuta é especialista no exercício e na promoção da saúde, tendo um papel crucial no incentivo ao exercício físico (*World Health Organization, 2020*).

Em tempo de pandemia, é essencial que os profissionais do exercício se mobilizem para incentivar à prática de um estilo de vida saudável, promovendo a saúde física e mental.

As sessões online utilizando a plataforma Zoom são uma boa forma de contornar a situação de confinamento.

Esta iniciativa já contou também com a colaboração de outros Fisioterapeutas do Serviço de MFR do HCC, nomeadamente as fisioterapeutas Emília Martins, Filipa Antunes, Ana Palma e Alexandra Pimenta.

As sessões de Pilates clínico, FisoDance®, meditação ativa e exercício cardiofitness de baixo impacto, têm ajudado os profissionais de saúde a manterem-se fisicamente ativos, a terem algumas pausas semanais para interromper o estado de stress e ansiedade a que estão diariamente sujeitos, com melhoria da sua qualidade de vida, nas suas dimensões física, emocional, social e psicológica.

## BIBLIOGRAFIA

- Krampe, J., & Rantz, M. J. (2010). Dance-based therapy to decrease fall risk in older persons. university of Missouri.
- Miyake et al. (2013). Core exercises elevate trunk stability to facilitate skilled motor behavior of the upper extremities. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 17, 259-265. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.06.003>
- Modolo et al. (2009). Physical exercise dependence: mood, quality of life in amateur and professional athletes. *Rev. Bras. Med. Esporte* 15, 355-359.
- Nise et al. (2013). EMG activity of trunk stabilizer muscles during Centering Principle of Pilates Method. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 17, 185-191. Elsevier.
- Ong et al. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J. Pers. Soc. Psychol.* 91, 730-749.
- Pilates, J.H., Miller, W.J. (1945). *Pilates' return to life through contrology*. Pilates Method Alliance, Miami.
- Vieira et al. (2013). The influence of pilates method in quality of life of practitioners. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 17, 483-487. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2013.03.006>



# ACADEMIA



# ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

# webinar

📅 29 Abril 🕒 17.30h

## O “Erro” como ponto de partida para a melhoria contínua

A METODOLOGIA LEAN APLICADA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE



RUI CORTES

Aluno de Doutoramento de Saúde Pública na ENSP e Advanced Lean Training no Virginia Mason Institute, em Seattle

ACESSO GRATUITO | GRAVAÇÃO DISPONÍVEL EM:

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



Caros colegas,

A Urgência Geral Polivalente, é um serviço extraordinariamente complexo, onde os enfermeiros enfrentam grandes pressões a nível psicológico e físico, lidando sistematicamente com o inesperado, com uma diversidade de situações clínicas que exige conhecimento, experiência e desenvolvimento de competências, para cuidarem com o maior sentido de responsabilidade, eficiência, qualidade e segurança, as pessoas que ali recorrem.

E foi da vontade de partilhar experiências, de refletir sobre o “estado da arte”, sobre os novos desafios, de dar visibilidade ao que se faz e como se faz, nascido do entusiasmo, do dinamismo e perseverança dos Enfermeiros, que surgiu o Congresso da Urgência Geral Polivalente do CHULC, “Hospital na Urgência”.

Conscientes da importância fundamental do trabalho em equipa multidisciplinar, e da articulação entre os vários níveis de intervenção, todas as apresentações tiveram a participação de enfermeiros e médicos, da UGP e das UCI, articulando conhecimentos, experiências e competências.

Um evento repleto de momentos de reflexão, de debate, apresentação de estudos científicos e casos clínicos, apresentados e moderados por quem no seu dia a dia vence desafios e face a situações limite entre a vida e a morte, faz um percurso extraordinário de procura de conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional em prol das pessoas de quem cuida.

Foi uma honra aceitar o convite para presidir a este congresso. O meu agradecimento à Comissão Organizadora, à Comissão Científica e a todos os que nos proporcionaram os magníficos momentos ao longo destes dois dias.

**Manuela Teotónio**  
Presidente do Congresso

# PÓSTERES

apresentados no Congresso

## PRIVACIDADE DA PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Carlota Alves; João Antunes;  
Beatriz Miguéis; Inês Pereira



A manutenção da privacidade na prestação de cuidados de enfermagem não só é uma componente essencial dos mesmos, como um elemento importante para a satisfação das pessoas alvo de cuidados. De acordo com *Thompson, Melia & Boyd (2004)*, o conceito de privacidade inclui o carácter físico (relacionado com o ambiente e exposição) e o carácter relativo à transmissão de informação (confidencialidade).

Esta revisão da literatura tem como objetivo a identificação de estratégias aplicáveis pelos profissionais de enfermagem, que possam dar resposta aos desafios que surgem no contexto de serviço de urgência à manutenção da privacidade. Como suporte teórico de enfermagem, foi utilizada a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Foi utilizado o método de revisão narrativa da literatura. A pesquisa foi orientada pelas palavras-chave: “privacidade”, “confidencialidade”, “serviço de urgência”, “enfermagem” e “enfermeiro”. Dos 35 artigos identificados, foram selecionados 15 após leitura dos respetivos resumos.

Foram identificados três grandes grupos de desafios à manutenção da privacidade no serviço de urgência – desafios relacionados com o ambiente e a disposição arquitetónica, desafios relacionados com a sobrelotação, e desafios relacionados com a confidencialidade e a transmissão de informação. A literatura sugere estratégias aplicáveis tanto na dimensão do dia-a-dia da prestação de cui-

dados de enfermagem bem como estratégias relacionadas com aspetos de cariz multidisciplinar e de gestão.

O processo de consciencialização do enfermeiro acerca da privacidade do utente possibilita a utilização de estratégias específicas de promoção de privacidade nos seus diferentes âmbitos.

## REFERÊNCIAS

Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

## INDICAÇÕES PARA O USO DE CAPNOGRAFIA EM PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA (PCR)

Filipa Mourinha; Ângela Maia; Raquel Santos;  
Vanda Gomes; Vanessa Cortinhal; Cândida Ferrito

## INTRODUÇÃO

Um dos primeiros estudos utilizando CO<sub>2</sub> expirado foi realizado na década de 70. Desde os anos 90, a capnografia tem sido usada para um número de condições, procedimentos e monitorização. Em 2015 foram emanadas indicações pelo *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)* recomendando a utilização de capnografia durante a PCR<sup>(2,3)</sup>. Capnografia permite apresentar graficamente o valor de CO<sub>2</sub> e a capnometria exibe um valor numérico para o CO<sub>2</sub> no final da expiração num monitor. A capnografia e a Capnometria (*End tidal carbon dioxide EtCO<sub>2</sub>*) embora sejam entidades distintas, são utilizadas de forma complementar<sup>(2,3)</sup>. Este tipo de revisão permite mapear e apresentar a evidência científica sobre o tema.

## OBJECTIVO

Identificar as situações onde se utiliza a capnografia no doente em PCR.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma *scoping review* de acordo com as recomendações do *The Institute Joanna Briggs*. Realizada pesquisa nas bases de dados eletrônicas, PubMed e EBSCO.

A equação de pesquisa foi: *capnography AND CPR AND out hospital OR in hospital*.

Para a seleção dos artigos foram estabelecidos critérios de acordo com PCC, (P- pessoas com idade superior a 18 anos; C- utilização da capnografia; C- contexto extra e intra-hospitalar).

De um total de 102 referências encontradas e de acordo com os critérios de inclusão foram selecionados 12 artigos para a revisão, que corresponderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. 10 provenientes da base de dados eletrônica PubMed e 2 da EBSCO Host.

## DISCUSSÃO

A capnografia e a capnometria são no atual contexto a forma mais eficaz de determinar a eficácia das manobras de reanimação cardiorrespiratória pois permitem aferir a qualidade das compressões torácicas assim como a RCE, sendo a única ferramenta clínica não invasiva para estimar a perfusão de órgãos durante a RCP. <sup>(1)</sup>

## CONCLUSÃO

No entanto apesar das vantagens reconhecidas e das recomendações, a utilização deste parâmetro é ainda reduzida quer devido à carência de formação dos profissionais nesta área, quer pela inexistência de equipamento disponível adequado. <sup>(2,3)</sup>

A capnografia encontra-se dependente de diversas variáveis fisiológicas, tais como o débito cardíaco, o metabolismo e função pulmonar, o que limita a sua utilização durante a PCR e a identificação precoce do RCE. <sup>(2)</sup>

A partir da revisão da literatura consideramos pertinente a realização de estudos mais deta-

lhados e direcionados para esta área específica, nomeadamente na procura de um valor preditivo de RCE <sup>(1,2,3)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. De Santis, P., D'Arrigo, S., & Sandroni, C. (s.d.). *Capnography during cardiac arrest*. *Journal of Resuscitation*, 132, pp. 73-77.;
2. Krauss, B., Falk, J., & Ladde, J. (2018). *Carbon dioxide monitoring (capnography)*. Obtido de UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/carbon-dioxide-monitoring-capnography>;
3. Long, B., Koyfman, A., & Vivirito, M. (6 de 2017). *Capnography in The Emergency Department: a Review of Uses, Waveforms, and Limitations*. *The Journal of Emergency Medicine*, 53, pp. 829-842.

---

## ÚLCERAS DE PRESSÃO NA FACE EM DOENTES SUBMETIDOS A VNI NO SUG

Ana Vieira; Cátia Vicente; Raquel Mendes Cerdeira

## INTRODUÇÃO

UA utilização contínua de VNI, por períodos prolongados, aumenta a taxa de ocorrência de lesões cutâneas da face, nomeadamente úlceras de pressão provocadas pelo contato direto da máscara com a face. Como objetivos pretendemos conhecer os fatores desencadeantes da úlcera da face e identificar as intervenções de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão ao doente submetido a VNI.

## METODOLOGIA

Foi utilizada uma revisão integrativa da literatura de nas bases de dados B-On, Pubmed e Plataforma EBSCOhost, utilizando as palavras-chaves: "Pressure Ulcer" AND "Non Invasive Ventilation" AND "Emergency Department".

## RESULTADOS

Os fatores desencadeantes da úlcera da face são a pressão aplicada pela máscara e o tempo de permanência prolongado da mesma. (Grilo, C., & Alminhas, S., 2017).

As intervenções de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão ao doente submetido ao VNI incidem-se na escolha e ajuste adequado da máscara (Visscher et al, 2015); verificação da pressão da máscara a cada 2-4h (Grilo, C., & Alminhas, S., 2017); vigilância regular da pele a cada 2-4h; utilização de solução de ácidos gordos hiperoxigenados (Otero et al, 2017); utilização de máscara total em alternativa (Grilo, C., & Alminhas, S., 2017).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

É da competência do Enfermeiro assegurar a avaliação e vigilância contínua da integridade pele, a escolha do tamanho e tipo de máscara, o ajuste da pressão adequado ao doente, a higienização e hidratação da pele, o reposicionamento da máscara. Estas intervenções são fundamentais na prevenção das úlceras por pressão associadas ao VNI.

## REFERÊNCIAS

Grilo, C., & Alminhas, S. (2017). Ventilação Não Invasiva Úlcera Por Pressão Na Face - Implicações Para a Prática Clínica. *Onco. News*, 10(34), 16–24. Acedido a 7 de Novembro de 2018 em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c-cm&AN=124508835&lang=pt-br&site=ehost-live>

Otero, D. P., Domínguez, D. V., Fernández, L. H., Magariño, A. S., González, V. J., Klepzing, J. V. G., & Montesinos, J. V. B. (2017). Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. *Journal Of Wound Care*, 26(3), 128–136. Acedido a 7 de Novembro de 2018 em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.3.128>

Visscher, M. O., White, C. C., Jones, J. M., Cahill, T., Jones, D. C., & Pan, B. S. (2015). Face Masks for Noninvasive Ventilation: Fit, Excess Skin Hydration, and Pressure Ulcers. *Respiratory Care*, 60(11), 1536–1547. Acedido a 7 de Novembro de 2018 em: <https://doi.org/10.4187/respcare.04036>

---

## ADEQUAÇÃO DA FLUIDOTERAPIA NO DOENTE CRÍTICO QUAL O SORO MAIS FISIOLÓGICO PARA O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA?

Ana Rita Jorge Nunes da Silva; Filipa de Almeida Dias Morais de Barros; Helena Maria Silveira Tenrinho Coelho; Inês Pereira de Brito Pinto Elvas; Sérgio Miguel de Oliveira Rodrigues; Isabel Rabiais

## INTRODUÇÃO

A fluidoterapia é uma estratégia fundamental na abordagem do doente crítico. Dependendo da condição clínica do doente, a gestão e administração de fluidos pode variar. Na prática clínica o cloreto de sódio 0,9% é a solução mais utilizada, mas será este o fluido mais fisiológico?

## OBJECTIVO

Mapear e apresentar evidência científica sobre a adequação da fluidoterapia a administrar ao doente em condição crítica.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi elaborada uma *scoping review* com base nas recomendações do *The Institute Joanna Briggs Institute* (2015) e na pesquisa em bases de dados eletrónicas nomeadamente PubMed e Ebsco. Os descritores mobilizados: *Balanced crystalloids or Ringer or Plasma-lyte, saline solutions, crystalloid solutions, Trauma patients or trauma or critically ill patients, fluid resuscitation or fluid therapy or fluid administration, not pediatric and not animals*, foram previamente validados no MeSh.

Foram definidos os critérios de elegibilidade, idioma: inglês, português, espanhol; artigos com texto integral, disponíveis gratuitamente com friso temporal de 2014 a 2019.

Foram seleccionados 4 artigos para constituir o corpus da análise. Os estudos foram seleccionados através de diagramas de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.<sup>5</sup>

## RESULTADOS

Tendo por base os resultados dos artigos seleccionados no que respeita à fluidoterapia endovenosa no doente em condição crítica:

- Soluções coloides, parecem estar relacionadas com maior incidência de lesão renal aguda comparativamente às soluções cristaloides;<sup>2</sup>

- Os cristaloides, apresentam como efeitos adversos, em soluções salinas a 0,9%, acidose metabólica, hiperclorémia, hipernatremia e diminuição da taxa de filtração glomerular. Nos cristaloides balanceados (lactato de ringer e poli-eletrolítico), alcalose metabólica;<sup>4</sup>

- Entre cristaloides salinos e balanceados, não parece existir diferença significativa no agravamento do índice de mortalidade, agravamento de lesão renal aguda com necessidade de instituir técnica de substituição da função renal ou disfunção renal permanente;

- A fluidoterapia a instituir no contexto de doente crítico, é presumivelmente o *Plasma lyte*.<sup>2</sup>

## CONCLUSÃO

Não existe consenso a nível da comunidade científica em relação à existência de uma única solução endovenosa que se considere preferencial na abordagem ao doente em condição crítica.<sup>2</sup>

A solução endovenosa mais segura é a que apresente uma concentração mais próxima do plasma humano, não existindo, no entanto, um único fluido ideal.<sup>1</sup>

Existem sim, fluidos endovenosos com indicações específicas. A condição do doente em situação crítica pode ser dinâmica e apresentar múltiplas etiologias, o que determina a adequação da fluidoterapia.<sup>3</sup>

Independentemente da escolha do fluido, o volume a administrar e a velocidade de infusão são fatores determinantes na abordagem ao doente em situação crítica.<sup>1,3</sup>

## REFERÊNCIAS

1. De 1. Vincent, L., De Backer, D., (2016). *Saline versus balanced solutions: are clinical trials comparing two crystalloid solutions really needed*. Obtido de: <https://cc-forum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1435-x>.

2. Liu, C., Mao, Z., & Hu, X., (Outubro de 2018). *Fluid resuscitation in critically ill patients: a systematic review and network*. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, pp 1701-1710.

3. MacDonald N., R. M. Pearse (2017). *Are we close to the ideal intravenous fluid?* *British Journal of Anaesthesia*, 119 i63-i71 (2017).

4. Young P., Machado FR., Finfer S., (2016). *What's new on balanced crystalloid solutions?*

5. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman DG., *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*, *Ann Intern Med*. 2009.

## FORMAÇÃO CONTÍNUA PROXIMIDADE | PARTILHA



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

- 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.



# ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

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



A Associação Científica dos Enfermeiros (ACE) celebra a 14 de Maio vinte anos de atividade.

O percurso tem sido um desafio constante, motivador e gratificante. Conseguimos com a colaboração dos diferentes elementos dos corpos sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde fortalecer um projeto inovador na área científica e formativa e torná-lo de elevada qualidade e com projeção além do CHULC, EPE.

O motivo da nossa existência como associação sem fins lucrativos para o desenvolvimento da formação dos enfermeiros é inequívoca na descrição dos valores que constituem as letras do seu nome:

**A – ACREDITAR**, que a formação e a investigação são o suporte para a inovação e desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem;

**C – COMUNICAR**, com o objetivo da procura constante do crescimento e valorização pessoal e profissional; divulgar, partilhar, analisar. Um Investimento contínuo para a sabedoria.

**E – EVIDENCIAR**, os projetos e programas, a prática baseada na evidência, a excelência da Enfermagem. Considero que existe o reconhecimento que a ACE com a sua estratégia e coesão interna tem sido um reflexo da atividade das equipas de saúde em especial dos Enfermeiros do CHULC.

O papel da ACE define-se em colaboração, apoio, incentivo e formação.

É essencial colaborar com os sócios na organização de espaços reflexivos que imprimam uma discussão aberta acerca do estado de arte de diversas áreas clínicas.

Eles são o futuro e a garantia do desenvolvimento técnico científico da profissão.

Um futuro de sucesso, crescimento e inovação.

Juntos por uma causa maior, é uma recompensa diária, rica em experiências vividas. Sentir que contribuimos para a realização dos Outros, como pessoa ou profissional é motivador e aliciante. É VIVER!

Como dizia Fernando Pessoa, " O Homem é do tamanho do seu sonho" O futuro depende de todos nós.

**Filomena Leal**  
Presidente ACE

# VENHA CRESCER CONNOSCO!

Seja sócio em [www.acenfermeiros.pt](http://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!**



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL



**ACE**

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS