

# Enf<sup>orm</sup> ação

ENFERMAGEM EM CONTÍNUO MOVIMENTO



PERCURSOS...

Modelo de Comunicação em Saúde - ACP

AVALIAÇÃO DA DOR  
NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

TERAPÊUTICA INALATÓRIA  
Doenças Respiratórias Crônicas

Nº 10 | JUN a DEZ 2019  
ISSN 2182-8261

 **ACE**  
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



**FELIZ  
Natal**

E PRÓSPERO  
**ANO NOVO**

A TODOS OS NOSSOS ASSOCIADOS, PARCEIROS E AMIGOS



# editorial

## Conselho Directivo

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

## Conselho Redatorial

Cláudia Rodrigues  
Helena Xavier  
Ivete Monteiro  
Paula Duarte  
[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.cognição.pt

## Revista Digital

Periodicidade Semestral  
ISSN 2182-8261

## PERCURSOS...

Percursos, caminhos ou trajetórias correspondem a sinónimos mas são acima de tudo histórias de vida que se cruzam e que estão recheadas de experiências, de sentimentos e emoções. São um pouco de nós mas também um pouco (ou muito) dos outros, dos que fazem parte de nós e dos que leem esta revista.

O desafio da escrita deste editorial em conjunto, após a surpresa inicial, constituiu a materialização do trabalho conjunto que fazemos na revista, trocando ideias, trazendo pessoas e procurando renovar ao longo destes anos. Acreditar que a enfermagem se inova a cada dia e a cada hora com os cuidados que prestamos, com o conhecimento que adquirimos e que partilhamos, é, e sempre foi, a premissa desta revista. Podíamos enumerar exaustivamente os nossos objetivos e as nossas prioridades, mas foi unânime a escolha consciente de falarmos dos caminhos percorridos, dos sonhos e do futuro.

A revista *Enformação* mais do que um complemento vivo do trabalho desenvolvido pela Associação Científica dos Enfermeiros procura dar voz aos enfermeiros, partilhando os seus projetos, as suas investigações, as suas pesquisas, as suas realidades. Queremos reafirmar o nosso compromisso de continuar a divulgar o que os enfermeiros fazem, com empenho e procurando a excelência apesar das adversidades. Contamos com vocês todos para manter viva a essência da enfermagem e do que é ser enfermeiro!

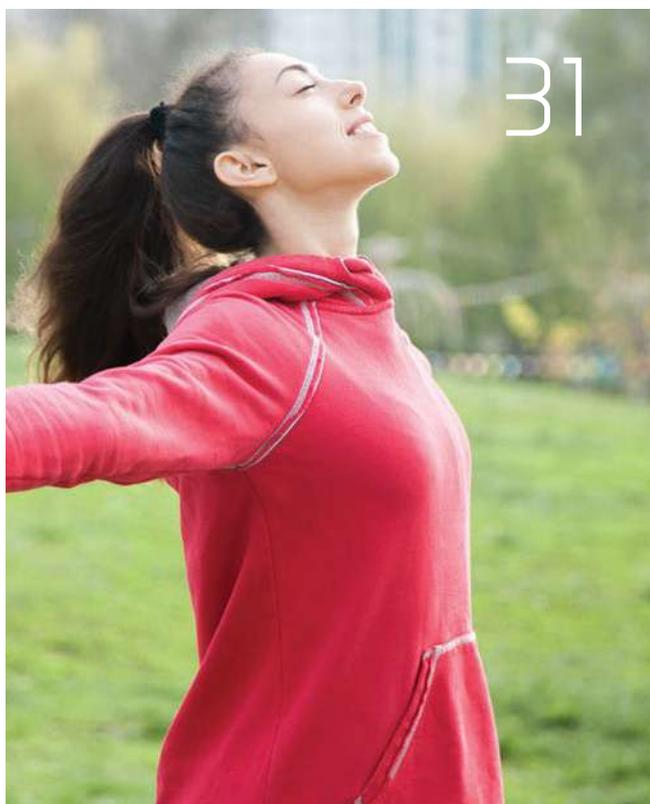
A atualização constante procurou acompanhar a evolução tecnológica com a passagem da revista on line, demonstrando também uma preocupação ecológica que está sempre presente nos números da revista e que contribui para a consciencialização dos recursos do nosso planeta.

Para terminar uma palavra de agradecimento à Enfermeira Filomena Leal pelo seu entusiasmo e persistência incansáveis, bem visíveis na entrevista concedida; a todos os colegas que deram o seu contributo neste percurso e a todos vocês que fazem parte desta revista e que a ajudam a construir letra após letra, palavra após palavra, sonho após sonho...

Nesta época tão especial não poderíamos terminar sem desejar a todos BOAS FESTAS convictos de que 2020 será um ano de novos desafios!

## O Conselho Redatorial

Cláudia Rodrigues  
Helena Xavier  
Ivete Monteiro  
Paula Duarte



## 20 **MODELO de Comunicação em Saúde - ACP**

Cristina Vaz de Almeida

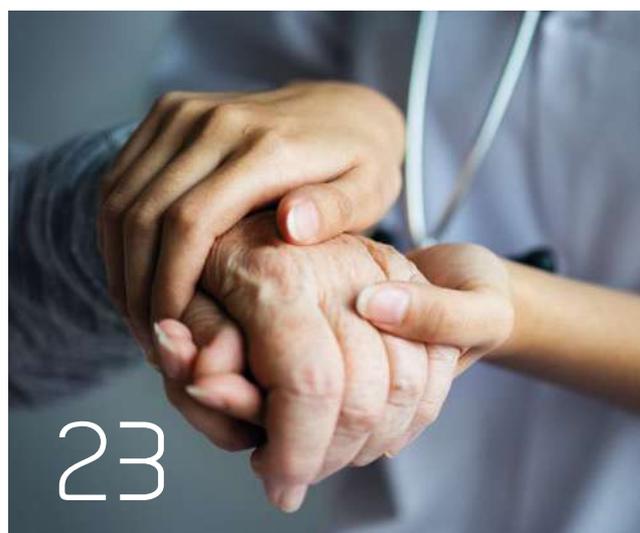
## 23 **Avaliação da Dor na Pessoa Idosa com Demência**

Ana Filipa Bentes Pinto

## 31 **DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS Terapêutica Inalatória**

Dispositivos Inalatórios  
Técnica Inalatória  
Erros críticos

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro



# Enf orm ação



## VISIBILIDADE

- 06 **CHULC sempre a mexer**  
Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE  
Dra. Ana Isabel Valente
- 08 **Enfermagem na atualidade**  
**PERCURSOS E OPORTUNIDADES**  
Irina Cardoso, Raquel Gonzalez e Paulo Bernardes

## AGENDA

- 18 **Calendário**  
Eventos e atividades

PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
ACESSO GRATUITO | SUJEITO A INSCRIÇÃO

**ACADEMIA ACE**  
ASSOCIAÇÃO GÉNICA DOS ENFERMEIROS

**WORKSHOP**  
**PESSOA COM FERIDA: Da Evidência aos Contextos**

25 MARÇO 2019 | 09:30 H > 13:20 H  
SALA DE CONFERÊNCIAS LÍDIA GAMA - HDE

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

## EMPENHO

- 41 **Entrevista**  
**FILOMENA LEAL**  
Presidente da ACE
- 12 **Marcar a diferença**  
**GACIDHO**  
Grupo de Apoio a Cuidadores Informais de Doentes Hemato-Oncológicos

SESSÃO DE COMEMORAÇÃO 2019  
14 MAIO | Salão Nobre do Hospital de São José

**DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO**

**ENFERMEIROS: UMA VOZ PARA LIDERAR - SAÚDE PARA TODOS**

**ACE** ASSOCIAÇÃO GÉNICA DOS ENFERMEIROS

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

46

**PQCE/SIE**  
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

**WORKSHOP**  
**GESTÃO DE UPP**  
IMPACTO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL DO CHULC

27 NOVEMBRO 2019  
SALÃO NOBRE DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, CHULC

**ACADEMIA ACE**  
ASSOCIAÇÃO GÉNICA DOS ENFERMEIROS

PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE | ACESSO GRATUITO | SUJEITO A INSCRIÇÃO

- 16 **Viver Verde**  
**'SLOW LIVING'**  
Ideias para pôr em prática!

## EVIDÊNCIA

- 46 **Aconteceu**  
Workshop  
**PESSOA COM FERIDA: DA EVIDÊNCIA AOS CONTEXTOS**  
Paula Duarte
- Comemorações  
**DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2019**  
Cristina Amaral
- Workshop  
**GESTÃO DE UPP**  
Elsa Menoita



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

sempre mexer

VISIBILIDADE

**Dra. Ana Isabel Valente**

Gabinete de Comunicação e Imagem

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - CHULC



### Hospital de Santa Marta abre Unidade de Cirurgia Torácica

O Hospital de Santa Marta (HSMarta), do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), abriu uma nova Unidade de Cirurgia Torácica, aumentando assim a sua resposta às exigências assistenciais crescentes desta especialidade.

A abertura destas 10 camas de internamento, que corresponde à criação de uma Unidade Funcional/Serviço, com centro de custos próprio e concentração da atividade apenas na Cirurgia Torácica, é um enorme incentivo a toda a equipa, bem como o reconhecimento do trabalho realizado.

A criação de uma Unidade autónoma de Cirurgia Torácica não é mais do que o reflexo do que já acontece na prática diária do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do CHULC-HS Marta, sendo uma necessidade para, agora com mais recursos, dar resposta às exigências assistenciais e ao desenvolvimento técnico desta especialidade.

Este caminho também permite que a atividade da Cirurgia Cardíaca se possa expandir de igual modo, já que deixam de partilhar o mesmo espaço de internamento.



### CHULC inaugura robótica no SNS

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central recebeu o primeiro equipamento de cirurgia robótica em atividade no Serviço Nacional de Saúde. O robot, no valor de dois milhões de euros e instalado no bloco operatório do Hospital Curry Cabral, foi oferecido pelo Imamat Ismaili, entidade liderada pelo príncipe Aga Khan.

A cerimónia oficial de entrega decorreu no dia 8 de novembro, naquela unidade hospitalar, na presença do Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, do príncipe Aga Khan, da ministra da Saúde, Marta Temido, e da presidente do Conselho de Administração do CHULC, Rosa Valente de Matos.

O robot é utilizado, com particular enfoque, no tratamento cirúrgico de doenças oncológicas, destinando-se especialmente a intervenções no âmbito do carcinoma da próstata, carcinoma do reto, tumores hepáticos e pancreáticos, e aplicando-se também na cirurgia da obesidade.



### CHULC inaugura a nova Unidade Cérebro Vascular

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) tem uma nova Unidade Cérebro Vascular (UCV), no polo do Hospital de São José.

Um espaço maior, com mais camas, novos equipamentos e melhores condições de tratamento, de internamento e de trabalho para servir e tratar os doentes.

A inauguração juntou a atual equipa, antigos diretores do serviço, diretores de outras áreas do CHULC, o Conselho de Administração e o presidente da ARSLVT, num encontro de partilha e de festa.

Os trabalhos da obra do novo serviço incluíram construção civil, instalações elétricas, telecomunicações, ar condicionado e gases medicinais. Decorreram sem derrapagens financeiras e de calendário, tendo terminado antes do prazo inicialmente fixado.



### Projeto do HDE distinguido Prémio Healthcare Excellence 2019

O projeto "Huddle Meeting – a sustentabilidade da melhoria contínua no Hospital Dona Estefânia" foi distinguido com a 2.ª menção honrosa, na 6.ª edição do Prémio Healthcare Excellence, que decorreu no passado dia 18 de outubro, em Braga.

O projeto foi apresentado, em nome da equipa multidisciplinar, por Mercedes Bilbao e Teresa Genicante.

Este é um projeto multiprofissional que decorre do processo de melhoria contínua, implementado no Bloco Operatório Central do CHULC – Hospital Dona Estefânia (HDE), liderado e dinamizado pela equipa de enfermagem perioperatória e que agrega todos os representantes profissionais que intervêm no processo cirúrgico da criança.



### Coronel Vasco Lourenço Primeiro Provedor do Doente

O coronel Vasco Lourenço aceitou o desafio de ser Provedor do Doente no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC).

A escolha e nomeação justificam-se por se entender que o percurso profissional e pessoal oferece garantias da integridade e autonomia essenciais ao desempenho da missão de defender e promover os direitos dos utentes.

O Provedor tem como missão zelar pelos melhores interesses dos doentes, no sentido de os ajudar e servir. É desígnio essencial do CHULC prosseguir o compromisso de fazer evoluir e garantir a qualidade dos serviços prestados nos seis polos que o constituem.

# 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



# Enfermagem na atualidade

## PERCURSOS E OPORTUNIDADES

Licenciados em Enfermagem e com oportunidades e percursos diferentes de acordo com o país onde exercem funções.

Partilhamos estes percursos, ficando em aberto e ao critério do leitor analisar estes percursos e tirar as ilações relativas à igualdade de oportunidades e reconhecimento profissional destes profissionais.



### Portugal

#### > Enf. Irina Cardoso

Ao terminar a licenciatura, em Julho de 2009, entreguei currículo apenas nos locais onde gostaria de trabalhar. Felizmente cerca de 15 dias após, recebi uma chamada da instituição, onde ainda actualmente trabalho. Iniciei funções em Agosto de 2009, com contrato individual de trabalho a 40h. Após esse contacto, recebi ainda mais duas propostas (uma para o Hospital de D. Estefânia e outra, passados cerca de 2 meses para o Hospital de Santa Maria). Tenho consciência que o facto de ter seleccionado a área preferencial das neurociências foi facilitador, porque havia necessidade de substituir colegas que tinham saído. Os meus outros colegas de turma esperaram alguns meses pela primeira oportunidade. Lembro-me de que na altura o famoso surto esperado de gripe A implicou um reforço na linha Saúde 24, onde muitos iniciaram funções e só depois passaram para outras instituições.

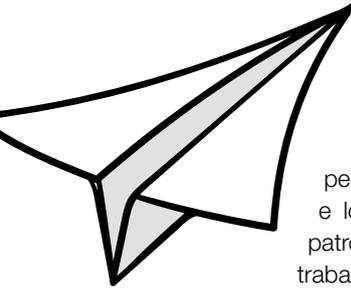
Ainda assim, ainda durante esse ano, todos tiveram lugar em alguma instituição. Lembro-me perfeitamente de que no ano seguinte a realidade se alterou por completo, com imensas limitações à admissão de novos enfermeiros, facto que fez com que cerca de 1/3 da turma que terminou a seguir a mim tivesse de emigrar.

Desde então encontro-me a exercer funções na neurocirurgia (das poucas áreas de prestação de cuidados que me tinha realmente apaixonado ao longo dos estágios).

Fiz algumas formações extra-hospitalares enquanto profissional (SAV, Feridas, etc), por sentir algumas lacunas na prestação de cuidados. Todas estas formações foram suportadas por mim, visto, por exemplo, existir formação de SAV intra-hospitalar, mas estar dada como prioritária aos profissionais que trabalham na área da urgência e cuidados intensivos. Fiz algumas formações intra-hospitalares, a maior parte delas as obrigatórias, sendo por vezes difícil a inscrição e frequência nas não obrigatórias (ex: gestão de stress).

Passados 3 anos, e dada a inquietação e o desafio que é prestar cuidados aos utentes e família com patologia neurocirúrgica, senti que precisava de desenvolver competências na área da saúde mental. O diagnóstico de doença grave (patologia oncológica, vascular, trauma), é um evento extremamente avassalador e vivido pelo utente e família com grande impacto nos seus papéis, auto-conceito e auto-imagem e expectativas futuras. Stress, ansiedade e depressão são entidades que se fazem muito presentes na vida de quem lida com esta tipologia de doença. Assim, e porque a resposta “tenha calma, vai passar” não era de todo satisfatória nem para mim, nem para os utentes, propus-me a frequentar a especialidade de Saúde Mental.

Numa fase inicial com alguma “desconfiança” dos colegas por considerarem despropositado, mas com apoio da chefia, dei início a este percurso. Frequentei então a referida especialidade, tendo sido totalmente suportada por mim. A área que decidi estudar (relacionada então com o impacto da doença), só existia em Santarém (onde se realizava Enfermagem de Ligação),



pelo que acresci esse esforço económico e logístico. Da parte da minha entidade patronal, houve a aprovação do estatuto de trabalhador estudante (para a frequência das aulas, estágio e dias de exame), mas exigiu de mim uma enorme disponibilidade de recursos económicos e temporais. No término da especialidade surgiu a oportunidade de emprego numa instituição privada. No entanto, nem o vencimento, nem as funções, nem a filosofia da instituição se coadunavam com a minha entidade pessoal e profissional, pelo que optei por me manter na mesma instituição.

Com o passar dos anos, e apesar das avaliações de competências serem aquém do que seria desejável, houve sempre reconhecimento por parte da chefia directa, atribuindo responsabilidades de chefia de equipa, de dinamizadora do carro de emergência, de chefia de equipa nos turnos da manhã, de dinamiza-

dora da formação (esta última há cerca de 2 anos). Este acréscimo de responsabilidades e funções não teve nenhum benefício pessoal, para além da motivação e sensação de reconhecimento. Todas estas funções implicam muitas vezes mais horas de trabalho quer a nível do serviço quer no trabalho de background, em casa.

Actualmente, existem várias áreas de especialização no serviço e foram desenvolvidos projectos que permitam potencializar e colocar ao serviço dos utentes as competências desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas. No entanto, pela falta de recursos humanos, os enfermeiros especialistas prestam também cuidados de enfermeiro generalista (com pouca ou nenhuma diferença do número e complexidade de utentes que lhes estão atribuídos), o que se traduz na maior parte das vezes por uma sobrecarga de cuidados a prestar.



## Reino Unido

### > Enf. Raquel Gonzalez & Enf. Paulo Bernardes

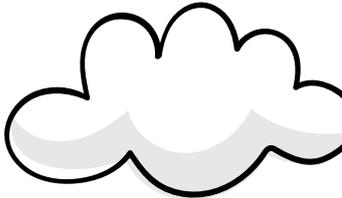


Iniciámos o nosso percurso na profissão de enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, logo após a unificação das escolas de Enfermagem de Lisboa. Ao finalizar o curso em Junho de 2012, foi claro para nós que as oportunidades de emprego em enfermagem em Portugal eram limitadas, bem como era limitada a esperança de progressão na carreira e satisfação profissional. Decorrente da precariedade laboral em Portugal e da grande necessidade de recrutamento por parte do Reino Unido, nessa altura começaram a surgir múltiplas oportunidades de emprego no Reino Unido para integrar as equipas do NHS (Serviço Nacional de Saúde inglês). Estes recrutamentos incluíam assistência na inscrição no Nursing and Midwifery Council (Entidade que regula a profissão, equivalente à vossa Ordem dos Enfermeiros), oferta de um vínculo de trabalho permanente, com acesso a uma carreira e desenvolvimento profissional. As carreiras de saúde no NHS estão unificadas, um enfermeiro recém-licenciado tem oportunidade de progredir dentro da sua categoria durante 7 anos, sendo que esta progressão também se traduz num aumento salarial anual.

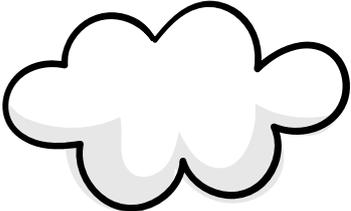
Fomos recrutados em Agosto pelo Portsmouth Hospitals NHS Trust e iniciámos funções em Novembro de 2012, onde continuamos até hoje.

**Enf. Raquel Gonzalez:** Fui colocada a exercer funções num Serviço de Medicina Geral. Estive quatro semanas em integração ao fim dos quais iniciei a prestação de cuidados a clientes com diversas patologias, sendo os cuidados muito focados também na preparação de altas complexas. As competências adquiridas no curso de enfermagem, e que diferem das do curso no Reino Unido, foram também reconhecidas o que foi considerado uma mais valia para o serviço, uma vez que eramos poucos os enfermeiros com competência para inserir cateteres periféricos, realizar colheita de sangue entre outros procedimentos. Rapidamente foram-me concedidas mais responsabilidades no serviço e foi-me dada a oportunidade de participar ativamente na coordenação do serviço e gestão de pessoal. Devido ao meu interesse nesta área, foi-me proporcionado o envolvimento em mais atividades de gestão, tais como a avaliação de incidentes reportados no serviço. Durante este período concluí um curso de supervisão clínica numa Universidade local.

Em Abril de 2014 candidatei-me para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do mesmo hospital onde ainda hoje continuo a exercer funções. Durante o primeiro ano na UCI desenvolvi competências de cuidados intensivos e tive oportunidade de aceder a vários dias de formação sobre diversos temas. Visto o meu interesse na especialidade em Enfermagem de Cuidados Intensivos, iniciei a pós-graduação na área em 2015 com total financiamento do hospital e durante o tempo de serviço. Em 2016 tendo concluído a especialidade, tive acesso a formação sobre transferência de



# PRESENTE



# FUTURO

doentes críticos e cuidados críticos pediátricos dada pela unidade que me proporcionou a oportunidade de desenvolver competências clínicas avançadas e alargar a minha capacidade de ação dentro da equipa.

A formação na Unidade em que me encontro é oferecida 4 dias por semana, com variados temas para que um grande número de elementos da equipa possa beneficiar. Uma vez por semana existe uma formação mais específica na qual qualquer membro da equipa multidisciplinar pode escolher um tema ou estudo de caso para apresentar e discutir. Existe também abertura para a participar nas atividades de formação e realização de protocolos nas quais participo.



Neste momento estou no topo da categoria de enfermeiro de cuidados gerais, sendo diferenciada dentro do meu serviço como enfermeira especialista em cuidados intensivos. No hospital onde trabalho a especialidade de Cuidados Intensivos não significa um aumento salarial por si só mas existem vários hospitais no Reino Unido nos quais esta prática é a comum. Recentemente fui escolhida para fazer parte da equipa do Centro de Simulação inserida no departamento de educação e desenvolvimento do hospital, onde serei corresponsável pela organização e realização de ações de formação e cursos nacionais com recurso à simulação de alta-fidelidade, dirigidas a todos os membros da equipa multidisciplinar. Iniciei funções nos próximos meses e irei continuar a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos em simultâneo.



Como perspetiva de futuro pretendo progredir na área da educação em saúde e concluir formação específica na área.

**Enf. Paulo Bernardes:** Após ter sido selecionado para o Hospital onde desempenho funções, fui colocado num serviço de Reabilitação pós AVC. No NHS a pessoa com AVC recebe cuidados especializados, que começam com o acompanhamento por um médico e enfermeiro especialista no Serviço de Urgência, transferência para Cuidados Intermédios de AVC e depois Reabilitação.

Após o período de integração (que geralmente dura 4 semanas em enfermaria) tive oportunidade de participar na prestação de cuidados em colaboração com a equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, preparação para alta, serviços sociais e equipa de reabilitação na comunidade).

Rapidamente as minhas competências em técnicas de enfermagem foram reconhecidas (como inserção de cateteres venosos periféricos ou algaliação) que são consideradas avançadas, já que os enfermeiros ingleses não recebem este tipo de formação no seu curso. Foi-me também dada a oportunidade de participar na coordenação de turno e ter um papel mais ativo na gestão do pessoal e preparação para a alta, que considero importante uma vez que me permitiu desenvolver competências ao nível de gestão e de trabalho multidisciplinar.

Em 2014, através do Hospital, tive a oportunidade de completar um curso de Supervisão Clínica numa das maiores Universidade no Reino Unido, desenvolvendo um conjunto de competências que é muito valorizado no sistema inglês. No mesmo ano, concorri a uma vaga no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e desde então tenho feito o meu percurso nesta área. Tive oportunidade de completar um programa de integração que inclui formação em contexto de trabalho e várias semanas de tempo supranumerário durante o primeiro ano de serviço. Devido às especificidades da enfermagem neonatal foram-me também proporcionadas oportunidades de desenvolvimento em reanimação neonatal e apoio ao neonato e à família.

Em 2016 completei uma pós-graduação de especialidade em Enfermagem Neonatal, também suportada pelo hospital. Recentemente terminei um curso vocacional de nível III em Educação, que me vai permitir ter um papel mais ativo em formação não só no serviço onde trabalho bem como a nível hospitalar e regional. Todas estas formações foram pagas pelo hospital e feitas em tempo de serviço.

Neste momento em termos de carreira encontro-me numa categoria acima de enfermeiro de cuidados gerais e que reflete as minhas competências de coordenação clínica. Desempenho também funções como educador clínico, numa equipa dedicada a apoiar os novos membros da equipa de enfermagem e alunos, formação em contexto de trabalho, desenvolvimento de protocolos e processos de governança.

Em termos de desenvolvimento futuro haverão sempre possibilidades de continuar a minha carreira numa vertente de gestão, educação (nível hospitalar ou regional) ou enfermagem avançada (participando de funções médicas como diagnóstico e prescrição).

## RECONHECIMENTO PROFISSIONAL



### Enf. Irina Cardoso

Portugal

Sinto um reconhecimento importante da minha chefia directa e da coordenação da área, pelo envolvimento constante nos projectos do serviço (e mesmo da ACE). No entanto, a instituição tem vindo a usufruir das competências que desenvolvi e só recentemente (no ano passado), foi atribuído um suplemento aos enfermeiros especialistas. No que diz respeito às outras funções de chefe de equipa e dinamizadora de grupos de trabalho, não são acrescidos quaisquer benefícios.

Em termos de perspectivas futuras, apesar de me sentir motivada em termos pessoais para continuar a trabalhar na área, sinto que é muito exigente e que me é dado pouco espaço/ tempo para desenvolver as minhas competências de enfermeira especialista. Sinto também que em termos financeiros, o vencimento fica muito aquém do empenho, diferenciação de cuidados e disponibilidade que dou à instituição.

Estou em Portugal por opção, sinto que o que tenho neste país em termos pessoais é suficiente para me sentir realizada. No entanto, se assim não fosse na totalidade, seria certamente mais uma enfermeira a agarrar desafios internacionais, pelo reconhecimento e oportunidade de progressão que são oferecidos. Sinto que temos profissionais de excelência, que se preocupam com o saber, saber ser e saber fazer cada vez melhor, mas que são anulados e subaproveitados por um sistema com prioridades pouco correctas. Ainda assim, acredito que todos os dias faço a diferença e isso preenche-me pessoal e profissionalmente.



### Enf. Raquel Gonzalez & Enf. Paulo Bernardes

Reino Unido

Fazendo o balanço destes 6 anos sentimo-nos reconhecidos pelo trabalho que temos desenvolvido e trabalhar no NHS tem sido uma experiência muito enriquecedora. A nossa formação académica é muito valorizada e a nossa preparação abriu-nos muitas portas no início de carreira, fazendo com que tenhamos aproveitado as muitas oportunidades disponíveis no Reino Unido.

De grosso modo é reconhecida como um pilar essencial do sistema de saúde, havendo um grande número de possibilidades de desenvolvimento profissional. O enfermeiro de cuidados gerais, querendo, tem acesso a um grande número de formação especializada em diversas áreas clínicas, oportunidade de progredir enquanto gestor a vários níveis (equipa, departamento, hospitalar e regional) e em educação e formação. Este desenvolvimento é acompanhado sempre por um acréscimo de competências e experiência mas também tem reflexo em termos monetários.

A grande valorização dos recursos humanos a que assistimos no NHS (com investimento tanto em pessoal, valorização de competências e do potencial dos indivíduos) é um fator que tem grande importância para nós enquanto enfermeiros.

Por todas estas razões consideramos que, no nosso caso, faz sentido continuar o nosso desenvolvimento profissional no Reino Unido.



Responsáveis do Projecto: Enfermeira Cândida Damião; Enfermeira Cesaltina Anes; Dr. Luís Calado (CHULC)



## GACIDHO

### Grupo de Apoio a Cuidadores Informais de Doentes Hemato-Oncológicos

#### RESUMO

A Hematologia Clínica, em parceria com a Unidade de Psicologia Clínica, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE., preocupados com a necessidade de maior inclusão dos cuidadores informais, tem promovido desde maio de 2017 o desenvolvimento de um grupo de apoio aos cuidadores informais do doente hemato-oncológico, que contribui para a primazia da qualidade assistencial e, paralelamente, proporciona um conjunto de iniciativas de partilha, de educação e de assessoria. A sua operacionalização está organizada por ciclos de sessões temáticas, tendo participado até ao momento cerca de 224 cuidadores informais, ao longo dos 7 ciclos já realizados. O presente artigo reflete a operacionalização da metodologia utilizada, visando as boas práticas dos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Grupo de Apoio, Cuidadores Informais, Doente Hemato-oncológico, Literacia em Saúde, Prevenção da Exaustão Emocional.

# “ Para melhor cuidar temos de conhecer, de entender. ”

Para melhor cuidar temos de conhecer, de entender. Para isso é importante contextualizar o doente oncológico a nível familiar e social. É de lá que ele vem e é para lá que irá regressar durante e no final do seu tratamento. Os fluxos e os processos comunicacionais resultantes desta importante triangulação, entre o próprio e os seus cuidadores formais e informais, contribuem não só para a primazia da qualidade assistencial, mas sobretudo para a percepção da sua continuidade e interiorização de uma sensação de segurança, que se deseja alicerçada numa rede bem estabelecida. Não podemos de maneira nenhuma pensar que os cuidados relevantes ao seu processo de cura começam e terminam numa unidade hospitalar, actualmente os estudos comprovam que, a envolvimento entre os diferentes intervenientes constitui um factor chave de sucesso para todo o processo.

Os cuidadores informais, estão diariamente sujeitos a várias exigências, explícitas e implícitas, que se vão acumulando ao longo de todo o processo e que são fortemente influenciados pela própria evolução da doença. São os principais provedores de suporte social e são muitas vezes implicados na responsabilidade de tomar decisões que nem sempre estão preparados para o fazer.

Afinal, quem cuida dos cuidadores informais? Por vezes, confrontados com uma situação aguda em que a variável – morte – está permanentemente presente, como convivem e lidam com essa situação?

Quando levam o doente para casa, pela primeira vez e nas vezes subsequentes, estarão eles preparados para pôr em prática os cuidados necessários? Estarão preparados para lidar com a panóplia de sentimentos expressos tais como a raiva, a tristeza, o sentimento de culpa, a angústia, a incerteza da morte? Estarão preparados para o isolamento que lentamente se vai apoderando dos seus dias?

Na alta estão envolvidos na prestação de cuidados diretos: ajuda na mobilidade, posicionamento, higiene, medicação, entre outros. Situações, com impacto emocional e muitas vezes financeiro. O prolongamento e acumulação da prestação de cuidados estão na origem de processos de cansaço e exaustão emocional. Apesar destas condições poderem contribuir para fortalecer as relações estabelecidas entre estes e os doentes, podem também levar à alienação e/ou distanciamento entre o cuidador informal e o doente. Factores como a constante pressão de tempo, a efetividade do trabalho, a diminuição ou ausência de convívio social, e tantas outras mudanças para as quais não estão preparados para lidar, quer pela ausência de forma-

ção quer pela inexistência de retribuição monetária e/ou reconhecimento, que os cuidadores formais têm, podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações neste apoio, com prováveis influências na eficácia da prestação de cuidados. Todas essas vicissitudes, podem ser minimizadas, se envolvermos os cuidadores informais numa rede de suporte, considerando-os parceiros na difícil tarefa de prestar cuidados de saúde com qualidade.

## METODOLOGIA

### PRINCIPAIS OBJETIVOS

**Competências Básicas:** Desenvolver as competências básicas necessárias para cuidar do doente Hemato-oncológico;

**Partilha de Experiências:** Promover a partilha de experiências entre Cuidadores Informais, contribuindo para um maior intercâmbio de recursos;

**Estratégias de Ajustamento:** Promover o desenvolvimento de estratégias e práticas de ajustamento adaptadas a cada Cuidador Informal;

**Segurança Emocional:** Criar um ambiente seguro onde o Cuidador Informal se sinta livre para expressar os seus sentimentos, dúvidas e medos, sem juízos de valor e/ou culpa;

**Minimizar a Exaustão:** Prevenir ou minimizar eventuais processos de *Burnout* nos Cuidadores Informais;

**Validar Dificuldades:** Reconhecer e validar dificuldades físicas, emocionais e sociais experienciadas pelos Cuidadores Informais.

## PARTICIPANTES

Ao longo desses 7 ciclos de sessões temáticas o número de participantes por sessão tem oscilado, devido a circunstâncias diversas. No total houve uma frequência de cerca de 224 cuidadores, sendo que 162 foram do sexo feminino e 62 do sexo masculino.

## SESSÕES

Esta operacionalização por sessões temáticas com temas vários, inicialmente sugeridos pela equipa de saúde, vai iniciar o seu 8.º ciclo e conta com o envolvimento de uma equipa multidisciplinar e cuidadores formais.

Como a participação nas sessões temáticas é aberta e de livre acesso, com a possibilidade de se assistir a temas específicos em diferentes ciclos, temos verificado uma oscilação na adesão dos cuidadores informais,

durante os períodos de internamento dos seus doentes. Apesar de existir uma estrutura prévia que guia o enquadramento das sessões temáticas, estas não são rígidas e no decorrer dos ciclos, têm sido ajustadas às necessidades e pertinência sentidas, razão que origina

uma maior flexibilidade na escolha e desenvolvimento de novos temas e colaborações inter e intrainstitucionais. Importa também referir que sempre que alguém, enquanto cuidador informal, solicite apoio é possível ser encaminhado para consulta de apoio psicológico.



## SESSÕES 1

QUADRO



### Diagnóstico e Progressão da Doença

Processo de ajustamento à doença  
Fases Kubler-Ross (10')  
Como comunicar com o doente (10')  
Linha de Vida (5')

Ajudar a minimizar o impacto emocional do diagnóstico;  
Auxiliar o CI a ajustar a sua comunicação à fase de adaptação emocional que o doente se encontra.



### Quimioterapia (Efeitos)

Reconhecer a importância da QT na estratégia do tratamento (10')  
Informar sobre os efeitos secundários expectáveis da QT (10')

Compreender a doença e a estratégia terapêutica;  
Desmistificar, clarificar e saber agir em conformidade com a sintomatologia apresentada.



### Dor e Sofrimento

Etiologia da Dor (10')  
Estados de Sofrimento (10')

Reconhecer os diferentes tipos de dor e sofrimento;  
Validar e reconhecer o papel da dor e do sofrimento no doente e no CI.

## SESSÕES 2

QUADRO



### Alimentação Neutropénica

Dieta Neutropénica (20')

A importância da Dieta Neutropénica;  
Estratégias para confeccionar alimentos segundo os princípios da alimentação neutropénica;  
Adaptar os princípios da dieta neutropénica à realidade da prestação de cuidados.



### Mobilização e Recuperação Muscular

Adaptar e ajudar na mobilidade e AVD's (10')  
Providenciar medidas para doentes com necessidades especiais (ajudas técnicas) (10')

Compreender a doença e a estratégia terapêutica;  
Desmistificar, clarificar e saber agir em conformidade com a sintomatologia apresentada.



### Família e Saúde

Ajustar os Papéis Familiares (10')  
Resiliência Familiar (10')

Facilitar a organização da família em função da doença;  
Promover a tomada de decisão partilhada;  
Sexualidade e reprodutividade.

## SESSÕES 3

QUADRO



### Direitos do Doente Oncológico

Direitos gerais do doente oncológico (40')

Em colaboração com:



Direitos sociais;  
Informação sobre elegibilidade,  
levantamento de necessidades, benefícios  
fiscais e subsídios.

### Gestão de Exaustão do CI

Identificar sinais e Burnout e exaustão (5')

Processos de autorregulação física  
e emocional (10')

Promover a adopção de estratégias que  
contribuam para minimizar o impacto da  
prestação de cuidados;  
Prevenir a exaustão emocional no CI;  
Promover a resiliência.

### Espiritualidade

Espiritualidade (40')

Contribuir para uma maior percepção  
da importância da espiritualidade no  
processo de cuidar.

## SESSÕES 4

QUADRO



SAFETY  
FIRST



### Vai ter Alta... E agora?

Preparar e adaptar,  
atempadamente, o regresso  
ao domicílio (20')

Identificar o momento de  
informação de Alta para  
o domicílio;  
Envolvimento do CI / Família  
na preparação da Alta.

### Segurança no Regresso a Casa

Sensibilizar para factores de risco  
no domicílio (10')  
Estratégias de prevenção do risco (10')

Prevenção de úlceras por pressão e  
quedas;  
Administração segura da medicação;  
Importância da higiene das mãos;  
Noções gerais da prevenção da infeção.

### Bela(o) me Queres

Informar sobre os vários aspetos relacionados  
com a alopecia induzida por quimioterapia (10')  
Programa prático de cuidados onco-estéticos (10')

Ajudar as pessoas com alterações da imagem  
corporal relacionadas com os tratamentos de  
quimioterapia, nomeadamente a alopecia, a gerir  
e a adaptarem-se a este efeito secundário.

## DISCUSSÃO

No decorrer das sessões retiram-se algumas ilações que consideramos pertinentes referenciar nesta discussão. Primeiro, os aspetos mais positivos: observase um aumento gradual do interesse e dos cuidadores informais participantes; feedback positivo dos cuidadores, doentes e profissionais de saúde; maior percepção de vínculo e comunicação entre os cuidadores informais e profissionais de saúde; articulação e encaminhamento para diversas estruturas de apoio internas e externas à Hematologia Clínica.

Foram também identificados aspetos menos positivos, nomeadamente: permanência de assistência às sessões descontinuada por alta médica, dificuldades de conciliação com a vida familiar; Desistências sobretudo por contrariedades resultantes de dispersão geográfica da área de residência; gestão de processos de identificação negativa (óbito, deterioração da saúde).

Está previsto o início, num futuro próximo, um processo de avaliação subjacente à atividade do projeto GACIDHO. Com o objetivo de sistematizar informação e avaliar o impacto da intervenção, através da aplicação de um protocolo de recolha de dados, que permitirá efetivar a análise de alguns condicionantes inerentes ao apoio consagrado pelo cuidador informal. O seu propósito é identificar e medir algumas condições relacionadas com a prestação de cuidados ao doente, que possam representar um risco de sobrecarga emocional

e física nos cuidadores informais, bem como, contribuir para o desenvolvimento de competências que possam sustentar o aumento da capacidade de resiliência dos mesmos. O protocolo de recolha de dados está agrupado por cinco blocos: dados sociodemográficos, qualidade de vida do cuidador informal, eficácia das estratégias e coping utilizadas, dados biográficos e autonomia do doente hemato-oncológico e finalmente a identificação das sessões assistidas.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os que permitiram a concretização e participaram no desenvolvimento do projeto:

Aida Botelho de Sousa (Diretora de Área); Alexandra Monteiro (Médica); Ana Cristina Andrade (Administradora Hospitalar); Ana Marinho (Enfermeira); Associação Portuguesa contra a Leucemia (Advogada a designar); Cândida Damião (Enfermeira em Funções de Chefia da Hematologia Clínica); Cesaltina Anes (Enfermeira dinamizadora do projeto); Diana Roriz (Enfermeira), Fernanda Viana (Enfermeira); José Cruz (Padre); Lucília Cordeiro (Enfermeira); Luís Marques Calado (Psicólogo Clínico responsável pelo projeto); Marta Guerra (Fisioterapeuta); Nélia Rebelo da Silva (Coordenadora Unidade Psicologia Clínica); Rita Carvalho (Enfermeira); Rosa Romão (Enfermeira Coordenadora área Hemato-Oncológica) e Telmo Barroso (Nutricionista).



# 'SLOW LIVING'

Leva a vida sempre a correr, com a agenda sempre preenchida, longas horas de trabalho e sem tempo para nada? O movimento 'slow living' surgiu para combater as rotinas loucas da nossa sociedade e fazer-nos ver que é importante abrandar.

Abrandar do ritmo diário que cumprimos dia após dia, muitas vezes de forma automática como se fossemos mais máquinas que gente é o que todos devemos tentar conseguir.

O 'slow living' ou 'viver devagar' é uma filosofia de vida, um estado de ser e estar com a sociedade que consiste em estruturar a vida em torno do significado e satisfação. É aprender a saborear os minutos em vez de contá-los, aprender a ter um ritmo estável e consistente. Consiste sobretudo em aprender a fazer tudo o melhor possível em vez de ser o mais rápido possível. É saber eliminar os aspetos negativos da vida urbana privilegiando a integração e conexão com a natureza.

É importante frisar que este processo é gradual e não acontece de um dia para o outro, é um processo de aprendizagem, de deixar passar o tempo, sem o ocupar com todo o tipo de atividades, isto é algo que nem todos estão dispostos a experimentar. Saber parar ou abrandar nasce com a necessidade de o fazer e requer força de vontade.

# QUER VIVER DE FORMA MAIS ORGÂNICA E SAUDÁVEL?

COMECE COM ESTES 8 PASSOS...



**1** **Comece o dia da melhor maneira**  
Passe alguns minutos no início do dia com calma e como gosta. Leia algumas páginas de um livro sem pressa e com intenção, escreva as suas reflexões do dia anterior ou muito simplesmente sente-se em silêncio e aproveite a primeira refeição do dia. O objetivo é arranjar tempo para si e estipular um ritmo para o resto do dia.



**2** **Defina o que é mais importante**  
Faça uma lista de prioridades na sua vida, a nível pessoal, profissional, social e familiar.



**3** **Diga "NÃO" a tudo o resto**  
Não precisa de mudar todos os aspetos da sua vida para viver mais devagar mas eliminar todas as atividades não essenciais é um bom ponto de partida. Todos nós, em alguma situação acabamos por ir a eventos ou atividades que na realidade não queríamos mas sentimos alguma obrigação. Diga "não" a tudo o que não seja essencial.



**4** **Desapegue-se do mundo digital**  
Muitas pessoas optam por reduzir o tempo gasto no mundo digital, mas viver devagar não significa que precise de ser desfazer dos seus dispositivos digitais. Em vez disso, faça uma organização digital – apague os aplicativos que não precisa e não fazem nada além de ocupar o seu tempo. Utilize a tecnologia de forma mais consciente e faça com que esta funcione para si e não ao contrário.



**5** **Mantenha o tempo LIVRE**  
Quando tem uma tarde livre a tendência é para preenchê-la com qualquer coisa. Deixe o seu tempo livre, efetivamente livre e veja o que acontece. Deixe o seu dia evoluir organicamente e sentir-se-á satisfeito no final.



**6** **Coma sem distrações**  
Faça a sua refeição com calma e sem qualquer distração, concentre-se inteiramente na refeição e nas sensações físicas de comer uma boa refeição cuidadosamente preparada.



**7** **Comprometa-se em colocar a sua vida à frente do trabalho, e não o contrário**  
Colocar a sua vida em primeiro lugar no equilíbrio vida-trabalho significa descobrir como é que o trabalho se encaixa na sua vida, e não o contrário. Desta forma é necessário, ser eficiente, maximizando o tempo que utiliza a trabalhar para poder utilizar tempo de qualidade fora do trabalho.



**8** **Vá para o exterior, para conseguir ligar os pontos mentalmente**  
O tempo passado na natureza tem grandes benefícios para a saúde. Dar um passeio num jardim ou parque local, ajuda-o a definir um ritmo mais lento e a conectar-se com o mundo natural. Observe as pequenas coisas e dê a si mesmo espaço para apreciar a beleza natural.

# agenda



17-18 janeiro

## 195.ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Uroginecologia

Peniche

Sob o lema “Uroginecologia - Subespecialidade, o Futuro”. Estarão em debate temas como o parto e a disfunção do pavimento pélvico, a preparação necessária para altas precoces em cirurgia uroginecológica, a bexiga hiperactiva refractária ou a necessidade de melhorar os resultados do tratamento da incontinência urinária de esforço.

Mais informações: [aqui](#)



23-26 janeiro

## Congresso Português de Endocrinologia 2020

Coimbra

A cidade de Coimbra recebe a 71.ª Reunião da SPEDM - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo e o Congresso Português de Endocrinologia.

Mais informações: [aqui](#)



30 janeiro

## I Congresso de Gestão em Enfermagem

Setúbal

“Debater a importância do enfermeiro gestor enquanto valor económico à organização e valor social aos enfermeiros e profissão.” É o objetivo central e tem como lema “Percurso e Desafios”, sendo organizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Mais informações: [aqui](#)



30-31 janeiro

## 2.º Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação

Viseu

“Reabilitar para a Vida” é o lema deste evento que se realiza, no Auditório da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Discussão de temas relacionados com a hospitalização domiciliária, a neuroplasticidade e as “implicações para o processo de reabilitação” ou a apresentação de projetos inovadores em Enfermagem de Reabilitação.

Mais informações: [aqui](#)



30 jan-01 fev

## XIV Congresso Nacional de Psiquiatria - 2020

Tróia

“Psiquiatria e Saúde Mental - Reconceptualizar os limites e as ligações” é o tema do XIV Congresso Nacional de Psiquiatria (CNP), que decorrerá no Centro de Conferências de Tróia. O evento é organizado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).

Mais informações: [aqui](#)

# agenda

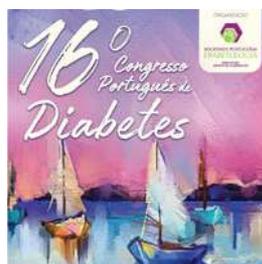


06-09 fevereiro

## 14.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

Vilamoura - Algarve

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, este evento é o ponto alto da actividade da SPH. Com um programa que pretende ser estimulante e abrangente, e também motivar a discussão interpares e ser marcante do ponto de vista da formação médica contínua. Mais informações: [aqui](#)



06-08 março

## 16.º Congresso Português de Diabetes

Vilamoura - Algarve

Esta é uma iniciativa organizada pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia e terá lugar no Centro de Congressos do Hotel Tivoli Marina Vilamoura, no Algarve.

Mais informações: [aqui](#)



18-19 março

## Jornadas de Urgência/Emergência em Pediatria - Cuidar de Excelência

Setúbal

Organizadas pela equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital de São Bernardo, em Setúbal, o evento visa "abordar as temáticas que mais impacto têm na equipa de enfermagem, quer no cuidar da criança/família, quer nos próprios profissionais". Mais informações: [aqui](#)



19-21 março

## XX Congresso da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

Oeiras

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR). Mais informações: [aqui](#)



25-27 março

## IV Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação

Coimbra

"Apresentar experiências inovadoras e os resultados obtidos pelas intervenções prescritas." Este é um dos objetivos deste evento, que tem como lema: "A Pessoa, Função e Autonomia – Reabilitar nos processos de transição para e na comunidade". Mais informações: [aqui](#)



23-24 abril

## 6.ªs Jornadas do Grupo de Estudo em Doenças Respiratórias - GRESP 2020

Porto

Estão agendadas as Jornadas do Grupo de Estudo em Doenças Respiratórias (GRES P) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). O evento, que passa agora a ter periodicidade anual. Mais informações: [aqui](#)



# MODELO de Comunicação em Saúde ACP

**Cristina Vaz de Almeida;** Docente ISPA

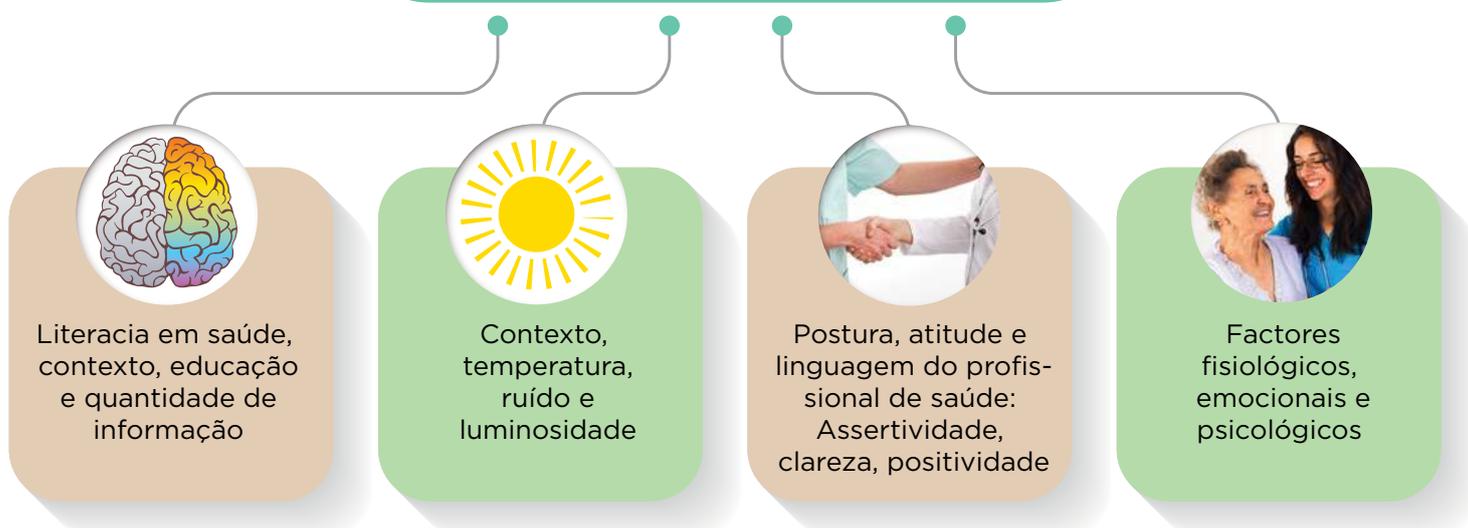
**OBJETIVO:** UMA FERRAMENTA DE APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA MELHORAREM OS RESULTADOS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Se só conseguimos fixar até quatro itens na nossa memória com segurança (Burnett, 2017, p. 42; Cowan, 2010), a comunicação do profissional de saúde deve ter em conta este limite para assegurar que a informação é absorvida e depois recordada pelo paciente para os fins de proteção e cuidado com a sua saúde. Acresce a isto que a memória de curta duração, é “curta, fugaz e manipulativa” (Burnett, 2017, p. 49) existindo aqui um efeito de primazia e recensão, em que o paciente tende a fixar apenas e de forma mais evidente o que é dito no início da consulta e depois o que ouve no final (p. 52).

Assim, podemos considerar que o perfil do paciente (baixa ou elevada literacia em saúde), o contexto em que ele vive e em que ocorre a interação terapêutica, a forma como se comunica a instrução em saúde, o que se comunica, a quantidade de informação, o momento em que tal acontece, os elementos de comunicação que integram a linguagem e a linguagem não verbal, a temperatura do espaço, o ruído existente e outros fatores como a própria fisiologia do paciente (idosos, com falta de audição ou visão, entre outro) influenciam de forma evidente o resultado pretendido.

“ Se só conseguimos fixar até quatro itens na nossa memória com segurança (...), a comunicação do profissional de saúde deve ter em conta este limite para assegurar que a informação é absorvida e depois recordada pelo paciente para os fins de proteção e cuidado com a sua saúde. ”

## FACTORES QUE INFLUENCIAM A COMPREENSÃO DO PACIENTE



Tendo em conta que a interação melhorada da relação terapêutica envolve empatia, empoderamento, prognóstico positivo e conexão (Neumann, 2010, p. 311), o profissional de saúde tem de acrescer a este seu conhecimento, o reconhecimento do real funcionamento e processamento da memória do seu interlocutor, o paciente, especialmente aquele que tem baixa literacia em saúde (Espanha, Avila, Mendes, 2016 ) para guardar a mensagem que lhe permite um compromisso e uma efetiva adesão ao tratamento, o paciente tem de poder, na memória de curta duração, codificar e decodificar a mensagem (Hall, 1973, Schramm, 1954), armazenar a mensagem (1.º no hipocampo e depois no córtex) e recuperá-la quando necessário.

Por outro lado, a realidade mostra que um profissional de saúde assegura durante a sua vida profissional de 120.000 a 160.000 consultas (Beck, Daughtridge & Sloane, 2002, p. 25; Lipkin, 1995).

Segundo o modelo de comunicação de Schramm é preciso ter em conta o conhecimento, a experiência e os antecedentes culturais da pessoa. Neste processo de comunicação, a codificação e a decodificação da

mensagem assim como o feedback, são os elementos essenciais que permitem uma comunicação bidirecional e efetiva.

Tendo em conta a importância do “contexto” onde a informação é apreendida, a capacidade de fazer “passar” a mensagem, para que esta fique efetivamente registada e depois seja recuperada, implica que o profissional de saúde vá ao encontro da perceção e entendimento desse paciente. A assertividade da atitude e linguagem, a clareza e a positividade da ação (Modelo ACP) usadas pelo profissional tem demonstrado ao longo dos testes e da utilização efetuada por centenas de profissionais que fizeram que usaram este modelo (desde 2011) que são elementos chave, intuitivos, agregados e interdependentes, facilitadores da comunicação com o paciente.

A assertividade é reconhecida como uma expressão direta e franca da informação tendo em conta o interlocutor na sua dimensão holística e o seu grau de fragilidade (em vários graus consoante o seu estado ou da pessoa por quem que intercede), sendo feita com respeito pelo outro, e sem criar ansiedade, medo ou

# MODELO DE COMUNICAÇÃO ACP

## UTILIZAÇÃO DO MODELO ACP AO LONGO DA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA



agressividade ao interlocutor, numa relação equilibrada entre dois seres humanos que se respeitam (mesmo que o paciente não manifeste da sua parte essa atitude ou comportamento).

A clareza da linguagem que permite que o paciente, no seu nível de literacia em saúde em que se encontra (desde o baixo ao alto nível e literacia em saúde), possa entender á primeira e sem esforço a informação que lhe é passada, para que possa tomar as tais “boas e acertadas decisões em saúde” (Sorensen et al. 2012).

E a positividade relaciona-se com o comportamento positivo que o paciente tem de adotar e desenvolver para poder cuidar e seguir dele próprio ou ajudado por outros, as instruções em saúde que lhe são prescritas. A interação positiva é uma forma de prover uma melhor comunicação e efeito positivo na saúde (Newman, 2010, p. 309).

Em *focus group* organizados em 2017 e 2018 para testar e validar o Modelo ACP, os profissionais de saúde foram unânimes na evidência da oportunidade do modelo de comunicação em saúde, e sobre o facto do profissional de saúde “ser o lado mais forte da relação terapêutica” (Vaz de Almeida, 2018, p. 33) e por

isso pendendo sobre ele o fortalecimento do rumo dessa relação e dos seus resultados.

Uma nova experiência pode levar uma pessoa a modificar ou a rejeitar determinadas atitudes (Clark, 1995, p. 45) e o contexto, o momento, o espaço e o interlocutor em que essa experiência acontece são determinantes também. Se essa experiência implicar caminhos para uma melhor gestão da saúde do paciente, obtêm-se ganhos em saúde biológicos, psicológicos, sociais e económicos. Neste processo, a melhoria da relação terapêutica, que é central no processo de saúde, traz ganhos para ambas as partes. É nesta perspetiva que as ferramentas, como o Modelo de Comunicação em Saúde ACP, estão ao serviço dos profissionais de saúde para que sirvam de sustentabilidade à relação terapêutica.

Neste acervo de mais-valias, que também estão na base da assertividade, clareza e positividade, a credibilidade, a confiança e a perícia (Clark, 1999) do emissor (profissional de saúde), permitem criar pontes de entendimento no receptor (paciente), por forma a que este consiga compreender, avaliar, interpretar e especialmente usar as instruções em saúde (Ong, Haes, Hoos, & Lammes, 1996; Nutbeam, 1998; Sorensen et al, 2012) em seu proveito ou dos que dele dependem.

## BIBLIOGRAFIA

- Belim, C., & Vaz de Almeida, C. (2018). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy: Assertiveness, clear language, and positivity. In V. E. Papalois & M. Theodospoulous (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global.
- Clark, A. (1999). Changing attitudes through persuasive communication. *Nursing Standard*, 13, 30, 45-47.
- Lipkin, K. jr.(1995). The medical interview: In: Lipkin, M.Jr, Putnam, S.M., Lazare, A. Eds. *The medical Interview: clinical care, education and research*. New Yoor: Springer -Verlag.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary, *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into de 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2006) Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. *Health Promotion International*, 15, 3.
- Ong, L., de Haes, J. D., Hoos, A., M., & Lammes, F., B., (1996). Doctor-Patient communication: a review of literature. *Social Science & Medicine*, 40 (7), 903-918, doi: org/10.1016/0277-9536(94)00155-M
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. Consortium Health Literacy Project European (2012). Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*. 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80



# AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

## RESUMO

Com o envelhecimento da população, aumenta também a prevalência da demência. Devido às várias comorbidades associadas ao envelhecimento, a dor é um sintoma comum nesta população especial. Os défices cognitivos e alterações comportamentais associados à demência, dificultam o auto relato da experiência de dor, tornando mais complexa a sua avaliação. Como consequência, os idosos com demência, têm frequentemente a dor subavaliada e subtratada.

**Objetivo:** Fazer uma revisão do tema focando os princípios gerais na avaliação e tratamento da dor e escalas comportamentais validadas e adaptadas culturalmente para a língua portuguesa.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com pesquisa nas bases de dados EBSCOhost - research databases (CINAHL Plus with full text; Nursing & Allied Health Collection full text; Cochrane Plus Collection full text; MedicLatina e MEDLINE with full text.) e Google académico de artigos em inglês e português publicados entre janeiro de 1999 e dezembro de 2016.

**Resultados:** A avaliação da dor na pessoa idosa é um processo complexo. É necessário seguir alguns princípios gerais para a sua avaliação, existindo várias escalas comportamentais para tentar dar resposta a este problema.

**Conclusão:** É imprescindível a utilização destes instrumentos de avaliação específicos, seguindo as boas práticas no controle e gestão da dor, permitindo assim uma melhoria da qualidade de vida. Especialmente nesta população específica, o enfermeiro assume um papel relevante na avaliação e controle da dor.

**Palavras chave:** Idoso; Demência; Avaliação da Dor.



## INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida a nível mundial e o conseqüente envelhecimento da população, especialmente no contexto europeu e português em particular, aumenta também o risco de défices cognitivos associados a demências das várias etiologias. Em Portugal, dados de 2014, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) referem-se a existência de 20,3% de idosos, sendo o 5.º país da UE com maior índice de envelhecimento, com uma esperança de vida de 77 anos para os homens e 83 anos para as mulheres.

O acentuado aumento da prevalência nos idosos, faz da Demência uma patologia do envelhecimento, (Nunes 2005), sendo a idade o seu maior factor de risco. (Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009). Em Portugal, os dados epidemiológicos referem a existência de cerca de 153 mil pessoas com Demência. (Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009) Santana et al (2015), aponta para 160.287 pessoas com mais de 60 anos com Demência, sendo que acima dos 80 anos encontram-se mais de 64% dos casos. Dados do (INE, 2014) estimam que nas próximas décadas a esperança de vida continue a aumentar atingindo os 84 anos para os homens e perto dos 90 anos para as mulheres em 2060, prevendo-se assim um aumento dos casos de demência. Também no contexto europeu, e de acordo com o Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, (2009) estima-se uma duplicação do número de pessoas com demência, que poderão chegar aos 14 milhões em 2040. A nível mundial, de acordo com o World Alzheimer Report (2015) dos 46,8 milhões em 2015, prevê-se que em 2050 sejam 131,5 milhões de pessoas com demência. (Torvik et al, 2009) numa investigação realizada na Noruega indica que existe uma elevada prevalência da demência em idosos institucionalizados, com percentagens que rondam os 80%.

A dor, e em especial a dor crónica tem uma elevada prevalência na população idosa, (Passmore e Cunningham, 2014), podendo variar entre 45 e 80%. (Torvik et al, 2009; Andrade et al, 2011; Zwakhalen et al 2009; Smalbrugge et al 2007) Num estudo realizado

na comunidade, (Brown et al 2001) refere que 90% dos idosos entre os 70 e os 90 anos, tiveram experiência de dor no mês anterior.

A complexidade dos défices cognitivos, nomeadamente ao nível da comunicação e da memória, assim como as alterações comportamentais existentes na demência dificultam a avaliação da dor e conseqüentemente o seu adequado tratamento. A maior barreira à avaliação e tratamento da dor prende-se com a incapacidade do idoso para relatar a sua experiência de dor. (Morrison e Siu 2000; Herr, Bjoro e Decker 2006) Assim, torna-se necessária a implementação de estratégias de gestão da dor e de instrumentos de heteroavaliação que sejam eficazes para melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Este artigo pretende fazer uma revisão da complexidade da avaliação da dor no idoso com demência, dos princípios gerais e barreiras na avaliação e controle da dor, e das várias escalas comportamentais utilizadas para esta população específica, dando ênfase às validadas e adaptadas culturalmente para a população portuguesa.

## METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados EBSCOhost - research databases (CINAHL Plus with full text; Nursing & Allied Health Collection full text; Cochrane Plus Collection full text; MedicLatina e MEDLINE with Full Text). Foram considerados os artigos em que se conseguiu obter o resumo ou textos completos e que foram publicados entre janeiro de 1999 e dezembro de 2016. Foi também realizada pesquisa no Google académico com os mesmos descritores em português e Inglês.

## O IDOSO COM DEMÊNCIA

A Demência, pode ser definida de acordo com o (ICD-10, 2016), como um síndrome causada por doença cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva em que há um comprometimento das funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento.

“ Os défices cognitivos e alterações comportamentais associados à demência, dificultam o auto relato da experiência de dor, tornando mais complexa a sua avaliação. Como consequência, os idosos com demência, têm frequentemente a dor subavaliada e subtratada. ”

Podem-se classificar em *Demências Reversíveis*, resultantes de doenças endócrinas, deficiências vitamínicas, doenças infecciosas, neoplasias, hidrocefalia, hematoma subdural crónico e *Demências não Reversíveis*, tais como, a demência vascular, demência pós traumática, demência associada ao HIV, demências degenerativas (doença Alzheimer, demência frontotemporal, demência associada a doenças extrapiramidais). (Santana, 2005)

A Doença de Alzheimer é a demência mais comum, com cerca de 60 a 70% dos casos, duplicando a sua prevalência a cada 5 anos após os 60 anos. (Nunes, 2005) A demência vascular é o segundo tipo de demência mais prevalente com cerca de 20 a 30% dos casos. (Santana, 2005)

Ao longo do curso da doença processam-se várias alterações no funcionamento cognitivo. Na fase inicial, a pessoa apresenta falhas de memória, desorientação, alterações na linguagem, dificuldade na resolução de problemas, alterações da personalidade ou perturbações do humor. Nas fases mais avançadas o idoso pode apresentar apraxia, agnosia, afasia, alterações perceptivas, perturbações do sono/vigília ou delírios. Na fase terminal, apresenta-se em mutismo, dificilmente reconhece as pessoas, tem dificuldades na alimentação, incontinência, atrofia muscular, perde a postura ereta. Nesta fase apresenta um risco aumentado para algumas complicações médicas como infeções urinárias e respiratórias, obstipação e úlceras por pressão. (Barreto, 2005).

As causas de dor ou desconforto mais frequentes nos idosos são a obstipação, infeções, fracturas, úlceras por pressão, patologia osteoarticular, nevralgia pós herpética e neuropatias periféricas, entre outras. (Rebello e Oliveira, 2005) Por outro lado, numa investigação realizada com idosos institucionalizados na Noruega, (Torvik et al 2009) os diagnósticos mais comuns que originaram dor foram o acidente vascular cerebral, fraturas, angina, mialgia, artrite e o cancro. A dor sendo comum no idoso, também é comum no idoso com demência. As suas causas são semelhantes às dos idosos sem défice cognitivo. (McAuliffe, Brown e Fetherstonhaugh, 2012)

Há evidência de que a percepção e processamento da dor não estão diminuídos nas pessoas com doença de Alzheimer. (Cole et al 2006)

No entanto, existe referência a uma maior tolerância à dor nos doentes com demência, sendo que quanto maior o grau de demência maior a tolerância à dor. (Benedetti et al 1999) Existe também uma elevada probabilidade da terapêutica analgésica ser menos eficaz em alguns doentes, sendo necessário rever e adequar a medicação. (Scherder et al 2009)

Alguns estudos realizados comprovam que os idosos com demência recebem menos medicação analgésica que os idosos sem alterações cognitivas. (Morrison e Siu, 2009) Noutro estudo comparativo em idosos institucionalizados, (Reynolds et al, 2008) constataram que 80% dos idosos sem défice cognitivo, ou com défice ligeiro, receberam medicação analgésica, contra apenas 56,2% dos idosos com défice cognitivo acentuado.

### BARREIRAS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Existem vários factores que dificultam a avaliação e tratamento da dor na pessoa com demência. Os profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem a dor no idoso com demência, fundamentados no mito de que sentem menos dor que os idosos sem défices cognitivos ou que não podem relatar a dor de forma credível. (Curtiss, 2010)

Muitas vezes a pessoa idosa tem dor e é incapaz de interpretar ou comunicar o que sente de forma a que os outros possam perceber. (Shega et al 2007) Por outro lado, as manifestações comportamentais ou verbalizações da pessoa com demência, não são muitas vezes reconhecidas como manifestações de dor, sendo muito difícil interpretar o significado destas mudanças de comportamento. (Kovach et al, 2000) Para complicar ainda mais este processo, nem sempre as alterações do comportamento estão relacionadas com dor, podendo ser manifestações de outro tipo de desconforto, (Curtiss, 2010) dando ênfase à complexidade que é a interpretação destas alterações nestes doentes. Estes distúrbios comportamentais são habitualmente considerados um problema psiquiátrico

“ ...foram instituídos alguns princípios gerais para a avaliação da dor nesta população específica. Assim, sempre que possível, deve valorizar-se a autoavaliação da dor, mesmo que com respostas simples como sim ou não. ”

e só posteriormente uma manifestação de dor. (Kaasalainen et al, 2007). Desta forma, a medicação psicotrópica é muitas vezes usada como primeira linha no controle das alterações comportamentais e só mais tarde são usados os analgésicos. (Kovach et al 2000)

Todos estes factores, dificultam a identificação, avaliação e tratamento da dor na pessoa com défice cognitivo acentuado, resultando no deficiente controlo da dor com consequências nefastas para o mesmo. Estas consequências, passam pela diminuição do apetite, distúrbios do sono, agitação, agressões verbais, depressão, isolamento social, alterações da marcha e diminuição das atividades de vida diárias. (Shega et al 2007)

#### PRINCÍPIOS GERAIS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Tal como já foi referido anteriormente, a avaliação da dor no idoso com alterações cognitivas é uma tarefa complexa. Sendo a dor equiparada ao 5.º sinal vital, deve ser avaliada de forma regular e sistemática logo desde o primeiro contacto, permitindo otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida. (DGS, 2003)

Para dar resposta a esta necessidade, foram instituídos alguns princípios gerais para a avaliação da dor nesta população específica. Assim, sempre que possível, deve valorizar-se a autoavaliação da dor, mesmo que com respostas simples como sim ou não. (AGS, 2002 e DGS,2010) Poderão também obter-se outros relatos da família ou pessoas significativas, em relação às experiências de dor do idoso. (Smow e Shuster 2006). Sempre que não for possível uma autoavaliação, deve-se privilegiar uma observação direta da pessoa ou questionar os cuidadores sobre possíveis alterações do comportamento durante as actividades de vida diária, visto que comportamentos não habituais podem ser sinal de dor. (AGS,2002)

Uma investigação realizada na Florida nos EUA por Ahn e Horgas (2013), que comparou a relação entre a dor e comportamentos disruptivos em idosos com demência, concluiu que a dor intensa está frequentemente associada a comportamentos de agressividade e agitação. Desta forma, a observação dos comportamentos apresentados pelos idosos é um elemento essencial na avaliação da dor, (Herr, 2011) sendo importante procurar pelas potenciais causas de dor ou desconforto, tais como patologias ou determinados procedimentos. (DGS,2010)

De acordo com a American Geriatric Society (AGS, 2002) existem alguns comportamentos comuns às pessoas idosas com défice cognitivo quando sentem dor. Assim, a pessoa com demência, pode expressar

a sua dor através de expressões faciais (caretas, testa enrugada); verbalizações ou vocalizações (gemidos, respiração ruidosa, pedidos de ajuda, gritos, agressividade verbal); movimentos corporais (postura corporal tensa, inquietação, balançar, alterações da marcha e da mobilidade); alterações nas relações sociais (alterações do apetite, distúrbios do sono, aumento dos períodos de descanso) e mudanças no estado mental (choro, aumento da confusão, irritabilidade). Quando o idoso apresenta comportamentos sugestivos de dor/desconforto, primeiramente deve-se certificar que as necessidades humanas básicas (fome, sede, calor, posicionamento, uso do sanitário ou contacto social) estão devidamente asseguradas.

Perante a possibilidade da presença de dor é imperativo o desenvolvimento de estratégias para o seu controlo. (Curtiss, 2010). Deve-se tentar implementar intervenções não farmacológicas e farmacológicas, controlando os sintomas comportamentais em primeiro lugar com medicação analgésica e só posteriormente com psicotrópicos.(AGS,2002)

É recomendada a utilização de escalas comportamentais para a avaliação da dor em pessoas idosas não verbais (Herr et al, 2006) sendo essencial uma avaliação sistemática monitorizando o efeito das intervenções instituídas. (Herr e Decker, 2004)

#### INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Para a avaliação da dor em idosos com demência, existem várias escalas comportamentais (Herr, Bjoro e Decker, 2006; Zwakhalen et al, 2006) a maioria delas desenvolvidas com base nas recomendações da American Geriatrics Society (AGS). (Corbet, Husebo e Ballard, 2012)

#### ABBEY PAIN SCALE

Esta escala de avaliação da intensidade da dor aguda ou crónica, foi desenvolvida na Austrália, com doentes com demência avançada residentes em lares ou unidades de internamento de longa duração.(Abbey et al, 2004) Inclui 6 itens: **vocalizações; expressões faciais; alteração da linguagem corporal; alteração comportamental, alterações fisiológicas e alterações físicas.** Em cada um destes itens é atribuída uma pontuação que varia de 0 a 3, sendo 0 = ausente; 1= ligeiro; 2= moderado e 3 = severo, constituindo a pontuação máxima de 18. Quanto maior o Score maior a intensidade da dor. Assim, de 0 a 2- sem dor; de 3 a 7 - dor ligeira; de 8 a 13 - dor moderada e de 14 a 18 - dor severa. (Abbey et al, 2004; Rodrigues e Moreira, 2013)



De acordo com Herr, Bjoro e Decker (2006), o parâmetro referente às alterações fisiológicas, não se encontra suportado pela literatura no que diz respeito à avaliação da dor crónica. Apesar de ser a escala sugerida pelas Guidelines, para a avaliação da dor no idoso no Reino Unido (Royal College of Physicians, British Geriatrics Society e British Pain Society, 2007), necessita de ser validada com amostras mais significativas. (Corbett et al,2012)

Esta escala já se encontra validada e adaptada culturalmente para a população portuguesa, numa população de doentes oncológicos não comunicantes em Cuidados Paliativos. (Rodrigues e Moreira, 2013)

### **DOLOPLUS 2**

Trata-se de uma Escala multidimensional para avaliar a dor crónica em idosos não comunicantes. A escala original é francesa, mas já foi traduzida e adaptada culturalmente para 9 línguas (Crezzato et al, 2014) entre as quais o Português. (Guarda, 2007) É constituída por 10 itens e 3 dimensões: **Repercussão somática** (queixas somáticas, posições antiálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono). **Repercussão psicomotora** (higiene e/ou vestir e movimento). **Repercussão psicossocial** (comunicação, vida social e alterações do comportamento). (Guarda, 2007)

Este instrumento avalia essencialmente a progressão da experiência de dor e não a dor num determinado momento, (Crezzato et al, 2014; Zwakhalen et al, 2006) sendo a sua principal desvantagem a não avaliação da dor aguda. (Chatelle et al, 2008) É considerada por alguns autores uma escala de difícil utilização e interpretação. (Bjoro, Bergen e Herr, 2008)

### **Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)**

Esta escala foi desenvolvida por investigadores no Canadá e testada em lares de idosos (Fuchs-Lacelle e Hadjistavropoulos, 2004) para a avaliação da dor em pessoas com demência. É composta por 60 itens com 4 sub escalas (**expressões faciais**: 13 itens; **atividade / movimentos corporais**: 20 itens; **comporta-**

**mento social/personalidade / humor**: 12 itens; **indicadores fisiológicas / alimentação / alterações do sono / comportamento vocal** - 15 itens). (Fuchs-Lacelle e Hadjistavropoulos, 2004)

O seu preenchimento deve ser feito observando o idoso durante uma atividade, sendo que a reavaliação deverá ser realizada sempre que exista uma alteração do comportamento relacionado com dor. (Santos, Caldas e Hadjistavropoulos, 2012) É de fácil utilização e o tempo de preenchimento é de cerca de 5 minutos. (Bjoro, Bergen e Herr, 2008; Herr et al, 2010) Outros autores (Chatelle et al, 2008; Herr et al, 2010) consideram que é uma escala longa com um número excessivo de itens, mas completa. Este instrumento encontra-se validado para português, e adaptado culturalmente para Portugal como **Lista de itens para avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação** - PACSLAC-PT (Santos, Caldas e Hadjistavropoulos, 2012) numa população de idosos com demência residentes em lares. Foi também validada e adaptada para o Brasil. (Lorenzet et al, 2001)

### **Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)**

Este instrumento de avaliação foi desenvolvido e aplicado a doentes numa Unidade de cuidados na Demência nos EUA, (Warden, Hurley e Volicer, 2003) e foi traduzido e adaptado culturalmente para 6 países. (Batalha et al, 2012; Crezzato et al, 2014)

É constituído por 5 itens: **respiração; vocalização negativa, expressão facial; linguagem corporal e consolabilidade**. A escala oscila entre 0-10, sendo que cada item pontua entre 0 a 2 pontos. (Batalha et al, 2012; Warden, Hurley e Volicer, 2003) avalia a dor aguda e crónica, sendo de fácil compreensão e utilização após uma curta formação. (Bjoro, Bergen e Herr, 2008; Chatelle et al, 2008; Herr et al, 2010)

Foi adaptada culturalmente para a população portuguesa como PAINAD-PT tendo sido aplicada em serviços de Medicina e Neurocirurgia em doentes que não tinham capacidade para a autoavaliação da dor. (Batalha et al, 2012). Foi também validada para a população brasileira (Valera et al,2014).

Esta escala, juntamente com a Doloplus 2, foi sugerida pelo Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

### **The Non-Communicative Patients's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)**

Esta escala foi desenvolvida originalmente em língua Inglesa e foi apenas traduzida e validada para Italiano e Português do Brasil. (Araújo e Pareira, 2012; Crezzato et al, 2014). Adequada para a avaliação dos comportamentos de dor das pessoas com demência, sendo feita a observação durante a prestação de cuidados. (Herr, Bjoro e Decker, 2006). É constituída por 4 seções: 9 figuras de cuidados em que podem ser observados comportamentos de dor, tais como o banho, vestir, transferências, alimentação, andar; 6 figuras sobre a presença/ausência de dor (palavras de dor, ruídos de dor, facies de dor, inquietação, fricção, posição antiálgica); classificação subjectiva da intensidade dos comportamentos de dor numa escala de 0 a 5; e por fim a intensidade global da dor no pior momento numa escala de 0-10. O score total da escala será o somatório de todas as seções. (Araújo e Pareira, 2012)

Esta escala foi considerada de fácil utilização, embora não faculte a interpretação do score e não tenha sido testada em ambiente clínico. (Bjoro, Bergen e Herr, 2008). Foi testada para utilização por auxiliares de enfermagem. (Herr, Bjoro e Decker, 2006; Zwakhlen et al, 2006). Contudo, é questionável se estes profissionais têm capacidade para dar resposta a um pro-

blema complexo como a avaliação da dor durante a prestação de cuidados. (Zwakhlen et al, 2006). Para Corbett et al (2012), necessita de ser testada em amostras maiores.

Foram focados os instrumentos validados para português de Portugal ou Brasil. Contudo, existem muitos outros instrumentos que foram desenvolvidos e validados para esta população específica, que não se encontram validados para português tais como: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (Chatelle et al, 2008; Crezzato et al, 2014; Herr, Bjoro e Decker, 2006 e Zwakhlen et al, 2006), Assessment of Discomfort in Dementia protocol (ADD), Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE) (Crezzato et al, 2014; Herr, Bjoro e Decker, 2006 e Zwakhlen et al, 2006); L'echelle Comportamentale pour Personne Agées (ECPA) (Herr, Bjoro e Decker, 2006; Chatelle et al, 2008); Rating Pain in Dementia (RaPID), The Observational pain Behaviour, The Simplified Behavioral Scale (Zwakhlen et al 2006); Discomfort in Dementia of the Alzheimer's type (DS-DAT) (Herr, Bjoro e Decker, 2006; DeWalters, Popovich e Faut-Callahan, 2003); Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT), Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia MOBID2 Pain Scale e Mahoney Pain Scale (MPS). (Crezzato et al, 2014)

As várias escalas comportamentais para avaliação da dor apresentam algumas limitações, comprovando a complexidade da avaliação da dor em pessoas não verbais (Herr et al, 2010) e a necessária formação por parte dos profissionais.

## **Conclusão**

A Dor constitui um foco de atenção de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e um Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, devendo o enfermeiro implementar medidas que contribuam para o bem-estar dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, o conforto é colocado no centro da atenção dos enfermeiros, sendo que as ações que lhe são dirigidas têm uma forte ligação ao cuidar em enfermagem. (Sousa, 2014)

Os enfermeiros, inseridos nas equipas interdisciplinares de saúde, têm uma posição privilegiada na avaliação e controle da dor, pela proximidade e tempo de contacto (Ordem dos Enfermeiros, 2008) especialmente nesta população, que devido ao elevado grau de dependência nas atividades de vida diária, requer maior atenção e tempo por parte dos enfermeiros. Assim sendo, têm um papel importante na identificação de sinais/comportamentos sugestivos de dor/desconforto. É de salientar que a maioria das escalas comportamentais de avaliação da dor apresentadas neste artigo, foram desenvolvidas e/ou validadas por enfermeiros, demonstrando a importância que este tema tem para estes profissionais.

Desta forma fica patente neste artigo, que a avaliação da dor na pessoa idosa com demência é de elevada complexidade devido à dificuldade/incapacidade da mesma expressar a sua dor. Por isso, constituem um grupo de risco para a dor subavaliada e conseqüentemente não controlada. Torna-se assim muito importante que os profissionais de saúde e os familiares cuidadores tomem este problema como um foco de atenção nos cuidados a prestar a estes doentes. É imperativo a implementação adequada de escalas comportamentais de avaliação da dor já validadas para a população portuguesa, nos vários contextos onde existem pessoas com défices cognitivos, e fomentar a formação em Dor e em Demências aos profissionais envolvidos.

## BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer's Disease International. (2015) *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- Andrade, D., Faria, J., Caramelli, P., Siqueira, S., Yeng, L., Alvarenga, L., Galhardoni, R., Teixeira, M. (2011). The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(2-B):387-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v69n2b/v69n2ba23.pdf>
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*;50:S205-224.
- Ahn, H., Horgas A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*. 13:14. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-14>
- Abbey, J; Bellis, A; Parker, D; Giles, L. (2004). The Abbey Pain Scale: A 1-minute Numerical Indicator for People with End-Stage. International. *Journal of Palliative Nursing*. Feb, 10 (1); 6-13. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/8692210\\_The\\_Abbey\\_Pain\\_Scale\\_A\\_1-minute\\_Numerical\\_Indicator\\_for\\_People\\_with\\_End-Stage](https://www.researchgate.net/publication/8692210_The_Abbey_Pain_Scale_A_1-minute_Numerical_Indicator_for_People_with_End-Stage)
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos Dos Doentes de Alzheimer (2009). Alzheimer Portugal - Plano Nacional de Intervenção Alzheimer. Trabalho preparatório para a Conferência "Doença de Alzheimer: que políticas?". Out 2009
- Araújo, R; Pareira, L. (2012). Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica. *Cad Saúde Pública*. Out; 28(10); 1985-1992. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n10/16.pdf>
- Benedetti, F; Vighetti, S; Ricco, C; Lagna, E; Bergamasco, B; Pinessi, L; Rainero, I. (1999) - *Pain Threshold and tolerance in Alzheimer disease*. *Pain*. Mar;80(1-2):377-82. Disponível em: [https://www.academia.edu/24054588/Pain\\_threshold\\_and\\_tolerance\\_in\\_Alzheimer%CA%BCs\\_disease](https://www.academia.edu/24054588/Pain_threshold_and_tolerance_in_Alzheimer%CA%BCs_disease)
- Barreto, J. (2005). "Os sinais da doença e a sua evolução". In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 27-40.
- Batalha, L; Duarte, C; Rosário, R; Costa, M; et al. (2012) Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Rev Enf Referência*. Dez, 8(3): 7-16. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlln8/serlln8a01.pdf>
- Bjoro, K; Bergen, K; Herr, K. (2008) Tools for Pain Assessment in Older Adults with End-stage Dementia. *AAHPM Bulletin*. 9(3); 1-5.
- Brown, ST; Kirkpatrick, M; Swanson, M; McKenzie, L. (2011) Pain Experience of the Elderly. *Pain Manag Nurse* Dec;12(4):190-6.
- Corbet, A; Husebo, B; Ballard, C. (2012) Discomfort in Dementia: identifying and managing pain. *Nursing & Residential Care*. Sep 14(9);463-467.
- Corbet A; Husebo B; Malmangio M; Staniland A; Cohen-Mansfield J; Aarsland D; Ballard C. (2012) Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol* 8(5): 264-74. Disponível em: <http://www.nsd.uib.no/data/individ/publikasjoner/Corbet,%20Husebo%20et%20al%20nrneurol.2012.53.pdf>
- Curtiss, C (2010) Challenges in pain assessment in cognitively intact and Cognitively impaired older adults with Cancer. *Oncology Nursing Forum*. Set, 37(5). 7-16. Disponível em: <https://onf.ons.org/onf/37/5/supplement/challenges-pain-assessment-cognitively-intact-and-cognitively-impaired-older>
- Chatelle, C; Vanhauzenhuysse, A; Mergam, AN; De Val, M ; et al. (2008) Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue Médicale de Liège*. 63(5-6); 429-437. Disponível em: [http://www.coma.ulg.ac.be/papers/french/Chatelle\\_RMLg08.pdf](http://www.coma.ulg.ac.be/papers/french/Chatelle_RMLg08.pdf)
- Cole, L; Farrell, M; Duff, E; Barber, B; Egan, G; Gibson, S. (2006) Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*. 129; 2957-2965. Disponível em: <http://brain.oxfordjournals.org/content/brain/129/11/2957.full.pdf>
- Crezzato N; Valera G; Vale F; Hortense P. (2014) Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dement Neuropsychol*. June;8(2):99-106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v8n2/1980-5764-dn-08-02-00099.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2003) A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de junho. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2010) Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação n.º 15/2010 de 14 de dezembro.
- DeWalters, T; Popovich, J; Faut-Callahan, M. (2003) An Evaluation of Clinical Tools to measure pain in older people with cognitive impairment. *British Journal of Community Nursing*. 8(5): 226-234.
- Fuchs-Lacelle S; Hadjistavropoulos HD. (2004) Development and preliminary validation of the pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing* 1 (5): 37-49.
- Guarda, H. (2007) Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2. *Dor*. 15(1): 41-47.
- Herr, K. (2001) Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain*. Mar,12(3supl1); S3-S13. Consultado em: [http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse\\_dokumenter/Herr\\_K\\_review\\_2011\\_2.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/Herr_K_review_2011_2.sflb.ashx)
- Herr, K; Bjoro, K; Decker, S. (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with Dementia: A state of the science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006. Feb; 31(2); 170-192. Disponível em: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00611-1/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00611-1/pdf)
- Herr K; Bursch H; Ersek M; Miller L; Swafford K. (2010) Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs*. Mar. 36(3); 18-29.
- Herr, K; Coyne, P; Manworren, R; Mc Caffery, M; Merkel, S; Pelosi-Kelly, J. (2006) Pain assessment in the Nonverbal patient: Position Statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*. Jun 7(2); 44-52. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/non-verbaljournalfinal.pdf>
- Herr, K; Decker, S.(2004) Older adults with severe cognitive impairment: assessment of pain. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 12(4); 46-52.

- Instituto Nacional de Estatística. (2015) Destaque. Informação à comunicação social. Dia Mundial da população. Julho Disponível em: [http://www.peprobe.com/wp-content/uploads/2015/07/10Dia\\_Mundial\\_Pop\\_2015.pdf](http://www.peprobe.com/wp-content/uploads/2015/07/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2014) Destaque. Informação à comunicação social. Dia Mundial da população. Julho. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2014) Estatísticas Demográficas de 2014. Disponível em [http://www.cm-gondomar.pt/uploads/writer\\_file/document/4372/Estatisticas\\_Demograficas\\_2014.pdf](http://www.cm-gondomar.pt/uploads/writer_file/document/4372/Estatisticas_Demograficas_2014.pdf)
- Kovach, C; Griffie, J; Muchka, S; Noonan, P; Weissman, D. (2000) Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly: It's not a guessing game. *Clinical Nurse Specialist*. Sep, 14: 5, 215-220.
- Kaasalainen, S; Coker, E; Dolovich, L; Papaioannou, A; Hadjistavropoulos, T; Emili, A; Ploeg, J. (2007) Pain management decision-making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*. Aug, 29(5); 561-580.
- Lorenzet IC; Santos FC; Souza PMR; Gambaro RC; et al. (2011) Avaliação da dor em idosos com demência: tradução e adaptação transcultural do instrumento PACSLAC para a língua portuguesa. *Rev Bras Med* 68:129-133.
- McAuliffe, L; Brown, D; Fetherstonhaugh, D. (2012) Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 219-226. Consultado através de: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Pain%20tool%20mcauliffe%202012.pdf>
- Morrison, R; Siu, A. (200) *A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact patients with Hip Fracture*. Journal of Pain and Symptom Management. Apr; 19(4); 240-248. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12517306\\_A\\_Comparison\\_of\\_Pain\\_and\\_Its\\_Treatment\\_in\\_Advanced\\_Dementia\\_and\\_Cognitively\\_Intact\\_Patients\\_with\\_Hip\\_Fracture](https://www.researchgate.net/publication/12517306_A_Comparison_of_Pain_and_Its_Treatment_in_Advanced_Dementia_and_Cognitively_Intact_Patients_with_Hip_Fracture)
- Nunes, B. (2005) "A Demência em números". In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 11-26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011) *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE*. - versão 2. Fev. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEN%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008) *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. jun.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Dez.
- Passmore, P; Cunningham, E. (2014) Pain Assessment in Cognitive Impairment. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 28:305-307.
- Rodrigues, A; Moreira, I. (2013) *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar - Validação Cultural da Abbey Pain Scale*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://biblioteca.versila.com/12899301>
- Royal College of Physicians; British Geriatrics Society; British Pain Society. (2007) *The Assessment of Pain in Older People: National Guidelines*. Concise Guidance to Good Practice: A series of evidence-based guidelines for clinical management. Disponível em: [http://www.bgs.org.uk/Publications/clinical\\_guides/pain\\_concise.pdf](http://www.bgs.org.uk/Publications/clinical_guides/pain_concise.pdf)
- Reynolds, K; Hanson, L; DeVellis, R; Henderson, M; Steinhauer, K. (2008) *Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents*. Journal of Pain and Symptom management. Apr, 35(4); 388-396. Disponível em: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00002-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00002-X/pdf)
- Rebello, T; Oliveira, C. (2005) *Dor no doente com alterações cognitivas*. Dor; 13(4): 23-28.
- Smow, A; Shuster, Jr J (2006). Assessment and treatment of Persistent Pain in Persons with cognitive and Communicative Impairment. *J Clin Psychol*. Nov;62(11):1379-87.
- Scherder, E; Herr, K; Pickering, G; Gibson, S; Benedetti, F; Lautenbacher, S. (2009) Pain in dementia. *Pain*. Out, 145; 276-278. Disponível em: [https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp\\_professuren/physiologische\\_psychologie/Publikation/PAIN\\_dementia\\_top\\_review.pdf](https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp_professuren/physiologische_psychologie/Publikation/PAIN_dementia_top_review.pdf)
- Santana, I. (2005) "A Doença de Alzheimer e outras demências - diagnóstico diferencial". In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 61-82
- Santana, I; Farinha, F; Freitas, S; Rodrigues, V; Carvalho, A. (2015) Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port* Mar-Apr;28(2):182-188.
- Shega, J; Emanuel, L; Vargish, L; Levine, S K; Bursch, H; Herr, K; Karp, J F; Weiner, D.K. (2007) *Pain in persons with dementia: complex, common, and challenging*. The Journal of Pain. 8; 373-378. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printe/and/read/pain/personswithdementiacomplexcommonandchallenging.pdf>
- Smallbrugge, M; Jongenelis, LK; Pot, AM; Beekman, ATF; Eefsting, JA. (2007) Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, cognition and analgesic treatment – an observational cohort study. *BMC Geriatr* 7: 1-9. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-3>
- Sousa, P. (2014) *O Conforto da pessoa Idosa*. Universidade Católica Editora.
- Santos, R; Caldas, A; Hadjistavropoulos HD. (2012) Adaptação Cultural e validação da Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate (PACSLAC) para a população portuguesa. *Dor*. 20(1); 5-10.
- Torvik, K; Kaasa, S; Kirkevold, O; Rustøen, T. (2009) Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine* 23: 8-16
- Valera, G; Carezzato, N; Vale, F; Hortense, P. (2014) Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD. *Rev Esc Enferm USP* 48(3):462-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt\\_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf)
- World Health Organization. (2016) ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- Warden V; Hurley A; Volicer L. (2003) *Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale*. JAMDA. jan/Feb. 4: 9-15.
- Zwakhalen, SM; Koopmans, RT; Geels, PJ; Berger, MP; Hamers, JP (2009) The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain* 13:89-93.
- Zwakhalen, S; Hamers, J; Abu-Saad, H; Berger, M. (2006) Pain in elderly people with severe dementia: A Systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*. 6(3). Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-3>

# TERAPÊUTICA INALATÓRIA

## Dispositivos Inalatórios Técnica Inalatória Erros críticos

### RESUMO

A via inalatória constitui o método preferencial para administração de fármacos no tratamento de doenças respiratórias crônicas como na Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou outras. Porém, a sua administração exige uma adequada técnica inalatória, bem como, a utilização correta dos dispositivos inalatórios, o que representa para os profissionais de saúde (Enfermeiros, médico prescriptor, farmacêuticos) uma responsabilidade acrescida na educação, ensino e treino aos doentes respiratórios crônicos.

A reflexão sobre esta problemática resulta da prática clínica da autora, apresentando neste artigo, uma breve revisão dos aspetos teóricos e técnicos da terapêutica inalatória, abordando as particularidades e especificidades dos dispositivos inalatórios, dos fatores que determinam a adequada utilização dos mesmos e, a importância da educação do doente respiratório crônico na otimização e sucesso da terapêutica inalatória.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Doenças Respiratórias; Fármacos do Sistema Respiratório; Adesão à Medicação; Cuidados de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A terapêutica inalatória é a via de eleição de administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias, nomeadamente na DPOC e Asma (Heslop, 2012; SEPAR-ALAT, 2013).

*As razões da sua preferência estão, presentemente, bem documentadas na literatura: seletividade do fármaco e deposição diretamente no local de ação (pulmão); utilização de doses diminutas do fármaco; maior eficácia terapêutica e menores efeitos extrapulmonares* (Cordeiro, 2014, p.5). Apesar das vantagens da terapêutica inalatória, a eficácia dos fármacos inalados depende se estes atingem o órgão alvo, ou seja, o pulmão. Pelo que, esta forma de administração requer por um lado, que o doente use corretamente os dispositivos inalatórios prescritos e, por outro lado execute corretamente a técnica inalatória (Ylmaz, 2001).

Simões e colaboradores (2015) referem que “cerca de 50% dos adultos e crianças não tomam a medicação controladora de acordo com o prescrito” e que apenas metade dos asmáticos utiliza, de facto e corretamente, a medicação prescrita. A National Asthma Council Australia (2008) refere vários estudos clínicos, em que cerca de 90 % dos doentes não realizam a técnica correta, independentemente de tratar-se de inaladores pressurizados doseáveis (pMDI) e/ou inaladores de pó seco (DPI). Segundo o grupo Aerosol Management Improvement Team (ADMIT) não beneficiam da medicação por via inalatória por serem incapazes de usar o dispositivo inalatório (Almeida, 2014). Também GINA (2015, p.18) reforça esta ideia: “A maioria dos doentes (até 80%) não consegue usar corretamente o seu inalador (...).

De facto a evidência científica mostra-nos que muitos doentes com Asma e DPOC utilizam incorretamente os seus dispositivos (Basheti *et al.*, 2008), comprometendo desta forma, diretamente a eficácia clínica do fármaco prescrito. Neste cenário, os profissionais de saúde muitas vezes atribuem a falta de eficácia clínica às propriedades farmacológicas do fármaco, não associando ao uso incorreto do dispositivo inalatório ou a erros críticos na execução da técnica; conseqüentemente, a dose de fármaco administrada é aumentada, ou é feita a prescrição de um novo dispositivo inalatório (Bonini & Usmani, 2015), o que se traduz em custos para o Sistema Nacional de Saúde.

Neste contexto, a Orientação Clínica n.º 010/2013 atualizada a 18/12/2013 sobre “Utilização de Dispositivos Simples em Aerosolterapia” contém as informações e as instruções de utilização dos dispositivos simples emanada pela Direção Geral da Saúde reitera esta problemática: “a utilização incorreta dos dispositivos inalatórios e a não adesão à terapêutica, tem uma franca influência negativa na eficácia do fármaco inalado” (Direção Geral da Saúde, 2013,p.3). Também em 2012, o Relatório do Observatório das Doenças Respiratórias (2011) evidenciava esta preocupação, referindo que as doenças respiratórias são situações, nas quais a adesão terapêutica é muitas vezes fraca. Este relatório acrescentava ainda, tratar-se de terapêutica dispendiosa, por vezes objeto de má prática por parte dos profissionais e doentes, pelo que se impõe avaliação e monitorização permanente.

São vários os fatores que podem comprometer a efetividade dos fármacos inalados - **os relacionados como o próprio doente:** idade, destreza manual (capacidade para manusear o dispositivo inalatório); o perfil inspiratório do doente; capacidade do doente em compreender os ensinamentos veiculados pelos profissionais de saúde (o que leva a confundirem os passos de preparação e ativação entre os dispositivos, e da respetiva técnica de inalação), bem como, os relacionados com **os próprios dispositivos inalatórios** - o design; facilidade de manuseio, em alguns dispositivos; a complexidade na preparação e ativação do mesmo (Cordeiro, 2017).

Deste modo, torna-se evidente que a educação do doente exige empenho contínuo dos profissionais de saúde, para a otimização da terapêutica inalatória. Não esquecendo que o próprio educador (profissional de saúde) deve ser conhecedor da técnica correta e do manuseamento correto de cada dispositivo., Uma percentagem de profissionais de saúde (31-85 %) executa a técnica inalatória incorretamente quando avaliada objetivamente. Estas taxas são semelhantes entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos.





“ De facto a evidência científica mostra-nos que muitos doentes com Asma e DPOC utilizam incorretamente os seus dispositivos (...), comprometendo desta forma, diretamente a eficácia clínica do fármaco prescrito. ”

A evidência científica mostra-nos que muitos dos profissionais de saúde envolvidos no ensino, não dominam, desconhecem e/ou não estão conscientes das dificuldades, dos erros críticos associados a esta forma terapêutica, o que per si compromete o ensino efetivo ao doente (Basheti et al., 2008). É fundamental educar o doente e o educador, uma vez que *“Ninguém pode ensinar o que não sabe ou desconhece”* (Cordeiro, 2014, p.XVIII).

### Dispositivos Inalatórios Simples: Particularidades, Especificidades, Erros críticos

Nos últimos anos, na área dos dispositivos inalatórios têm se verificado importantes avanços tecnológicos, contribuindo para aumentar as opções de tratamento disponíveis na abordagem farmacológica aos doentes com doença respiratória, em particular os novos *“devices”* para a DPOC e Asma. Efetivamente, existem atualmente uma panóplia de dispositivos inalatórios para administração dos fármacos por esta via.

Em Portugal, dispomos presentemente de 19 inaladores diferentes (à data de Julho de 2017), de vários modelos de câmaras expansoras e sistemas de nebulização. Esta variabilidade exige pro-atividade e atualização permanente nesta área de intervenção educacional por parte dos profissionais de saúde. Neste âmbito a Direção Geral da Saúde (2013,p.4) recomenda que: *“é necessário que, para cada um, o ensino de utilização e igualmente a avaliação do seu uso sejam realizados de acordo com a checklist dos passos a executar.”* Ou seja, a listagem dos vários passos a executar, uma vez que, cada dispositivo tem a sua especificidade, particularidade na preparação, ativação da dose e a técnica

inalatória, permitindo ao profissional monitorizar a técnica inalatória e identificação de erros críticos e/ou dificuldades de manuseamento e, deste modo introduzir estratégias educacionais.

Apesar de toda esta diversidade, todos os dispositivos têm como objetivo a produção de um aerossol (Bonini & Usmani, 2015). Por aerossol entende-se um conjunto de partículas sólidas ou líquidas, que pode permanecer disperso num gás, habitualmente o ar, formando uma nuvem (partículas líquidas) ou um pó (partículas sólidas) que é inalado (Bonini & Usmani, 2015; Barreto et al., 2000). Assim, os dispositivos inalatórios simples utilizados para produção de aerossol dividem-se em três categorias (Direção Geral da Saúde, 2013):

- **Inaladores Pressurizados Doseáveis, representados pelo acrónimo MDI ou pMDI (*Pressurized Metered Dose Inhaler* em inglês);**
- **Dispositivos de Pó Seco, designados pelo acrónimo DPI (*Dry Power Inhalers* do Inglês);**
- **Inalador de Névoa Suave.**

Importa referir, que os Sistemas de Nebulização são categorizados num grupo à parte, face às orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde na NOC n.º 021/2011, atualizada a 11/09/2015, pelo que, não serão contemplados neste artigo.

Os dispositivos inalatórios diferem entre si pelo seu *design*, fármaco que disponibilizam, particularidades e especificidades na preparação, ativação da dose, tipo de inalação em função do dispositivo prescrito. A avaliação da técnica de inalação dos diferentes dispositivos comercializados é específica de cada um. Tem que se confirmar que a manobra de preparação da dose e a posição do dispositivo são as corretas. Contudo, há



três aspetos técnicos comuns a todos os dispositivos inalatórios e, fundamentais para a correta técnica inalatória, são os seguintes:

- 1. A PREPARAÇÃO DO DISPOSITIVO** de acordo com o tipo de dispositivo, este aspeto varia: em alguns é necessário a agitação durante alguns segundos, como seja os pMDI quer sejam utilizados isoladamente e/ou em associação com câmara expansora (com máscara ou bucal, de acordo com a idade, situação clínica do doente), noutros é necessário inserir uma cápsula contendo o fármaco, como por exemplo nos DPLs de unidose.
- 2. A ATIVAÇÃO DO DISPOSITIVO** para disponibilizar a dose do fármaco, aspeto técnico que varia em função do dispositivo prescrito. A título de exemplo: em alguns é necessário rodar a base do dispositivo para ativar e disponibilizar a dose (ex: Turbohaler®); noutros é necessário pressionar um botão para ativar e disponibilizar a dose (ex: Genuair®) e, há dispositivos que é necessário acionar uma alavanca para ativar e disponibilizar o fármaco (ex: Diskus®).
- 3. TÉCNICA INALATÓRIA** específica do dispositivo, que em função do tipo de dispositivo, poderá ser “lenta e profunda ou rápida e vigorosa” (Quadro I).

Existem efetivamente diferentes dispositivos inalatórios, o que implica aspetos específicos e particulares de cada, pelo que, quando ensinamos o doente a usar o dispositivo inalatório, devemos considerar dois aspetos fundamentais:

- 1. PARTICULARIDADES e ESPECIFICIDADES** do dispositivo inalatório;
- 2. TÉCNICA INALATÓRIA** de acordo com o tipo de dispositivo inalatório.

Compreende-se por particularidades e especificidades dos dispositivos, aspetos como: a posição correta e a forma como se ativa cada dispositivo (ex. na posição vertical: Turbohaler® ou na posição horizontal: Diskus®); como se fecha o dispositivo, contador com número de doses disponíveis; Tipo de feedback de inalação (sabor a lactose? Janela do dispositivo que muda de cor?); colocação correta e perfuração da cápsula nos dispositivos de pó seco de unidose, entre outros aspetos).

Já a técnica inalatória, reporta aos passos a executar na inalação propriamente dita do fármaco e, pode resumir-se a **três passos fundamentais e transversais a todos os dispositivos**:

- 1. EXPIRAÇÃO PRÉVIA À INALAÇÃO**
- 2. INALAÇÃO PROPRIAMENTE DITA**
- 3. PAUSA INSPIRATÓRIA**



Sendo estes três passos tão importantes, como a substância ativa do fármaco inalado, basta apenas um erro crítico em um dos passos para comprometer a otimização da deposição pulmonar. Revisitando cada um dos três passos da técnica inalatória:

- **A EXPIRAÇÃO PRÉVIA À INALAÇÃO**, permite ao doente um volume inspiratório mais correto durante a inalação propriamente dita. Solicitar ao doente para “retirar todo o ar dos pulmões, antes da inalação”;
- **A INALAÇÃO** vai diferir de acordo com o tipo de dispositivo: **Lenta e Profunda ou Rápida e Vigorosa** (Quadro I);
- **A PAUSA INSPIRATÓRIA DE 10 SEGUNDOS**, permite a deposição do fármaco, se a mesma não ocorrer o fármaco é exalado sem cumprir o seu efeito terapêutico, dado que, não chega sequer a atingir o órgão alvo. Pedir ao doente para sustentar a respiração durante 10 segundos, ou seja, contar mentalmente até dez. Nas crianças a pausa é de 5 segundos, bem como, nos doentes hiperinsuflados, idosos que não conseguem manter esta pausa, o recomendado são 5 segundos.

Relativamente à técnica inalatória, uma série de estudos identificaram **os erros críticos na técnica inalatória comuns** (Roche *et al.*, 2013) **a todos os dispositivos**:

- Não expirar antes da inalação;
- Não realizar a pausa inspiratória;
- Inspirar pelo nariz, em vez de inspirar pela boca.

O quadro I, sintetiza os três passos da técnica inalatória, bem como, a posição correta do doente durante a execução.

## Quadro I - Os três passos da Técnica Inalatória

Dispositivo de pó seco - DPI	Inalador pressurizado doseável - pMDI	Inalador de névoa suave	Inalador pressurizado doseável com câmara expansora
Expiração prévia a inalação			Sem expiração prévia Inalação a volume corrente
Inalação rápida, vigorosa	Inalação lenta e profunda	Inalação lenta e profunda	
Pausa inspiratória 10 seg. (contar até 10) / crianças 5 seg.			
<b>Posição do doente:</b> Para permitir uma maior expansão torácica a inalação deve ser realizada na posição de pé, sentado ou semi-sentado; Inclinando ligeiramente a cabeça para trás			

Adaptado de: Barreto et al., 2000; ERS/ISAM TASK FORCE REPORT, 2011; DGS, 2013; Silva, Eurico, 2014

### Dispositivos Inalatórios: Particularidades e Especificidades

#### Inalador pressurizado doseável



É um dispositivo de pequenas dimensões, pressurizado que liberta uma mistura fixa de fármaco e propelente através de uma válvula de dose controlada. A par disso, combina os benefícios de portabilidade, de possuir múltiplas doses, estando o fármaco que veicula disponível em poucos segundos, podendo ser utilizado em qualquer lugar e nas situações de exacerbação (ex: SOS). Pode conter isoladamente ou em associação um broncodilatador e/ ou um anti-inflamatório esteróide (Direção Geral da Saúde, 2013). Este dispositivo exige uma **boa coordenação “mão-pulmão”**, isto é, a coordenação entre a ativação (que se efetua manualmente) com a inspiração, sendo esta uma das principais limitações da sua utilização na prática clínica, pelo que, para ultrapassar a dificuldade da coordenação mão-pulmão, bem como, para uma correta administração das formulações do pMDI, este deve ser associado à câmara expansora (Direção Geral da Saúde, 2013).

Para a sua utilização correta, requer 4 requisitos fundamentais:

1. PRIMING na primeira utilização
2. AQUECIMENTO DO CANISTER
3. AGITAÇÃO prévia à inalação
4. COORDENAÇÃO “MÃO-PULMÃO”

Adaptado de: Guide to Aerosol Delivery Devices for Respiratory Therapists, 3rd Edition American, Association for Respiratory Care, 2013.

Importa, referir que, temos atualmente em Portugal dois inaladores pressurizados doseáveis de nova geração utilizados para controlo e manutenção na asma e asma/DPOC: Inalador Flutiform® (Asma) e o Inalador Symbi-

cort® (Asma/DPOC) com contador de dose incorporado (ao contrário dos inaladores convencionais que têm apenas referência ao número total de doses, o que muitas vezes dificulta saber quantas doses ainda estão disponíveis e habitualmente utilizados em contexto de exacerbação, agudização da doença e, não para controlo e manutenção).

Nos inaladores pressurizados doseáveis que não tem contador de dose, os métodos para estimar o número de doses disponíveis são os seguintes:

- **Técnica de flutuação/submersão do canister em água:** O número de doses disponíveis é estimado através da posição do canister na água (dizer que não é um método fiável, podendo ainda comprometer o funcionamento da válvula do dispositivo) (Cordeiro & Duarte, 2014).
- **“Tail-off”:** Na prática diz respeito à redução progressiva de fármaco à medida que o inalador esvazia. Isto é, um puff que sai sem grande pressão pode ser indicador que o inalador necessita de ser substituído (Cordeiro e Duarte, 2014).
- **Contagem do número de doses pelo utilizador:** N.º de inalações diárias = dias de duração, isto é, imaginemos que o inalador tem 200 doses e, é utilizado pelo doente num total de 8 inalações diárias (dividir o n.º de doses totais (200) pelo n.º de inalações diárias (8) = 25, o inalador terá doses disponíveis para 25 dias (Cordeiro e Duarte, 2014).

Dadas as dificuldades da coordenação “mão-pulmão”, o que está recomendado pela Direção Geral da Saúde (2013) é a utilização do inalador pressurizado sempre com câmara expansora. A utilização da câmara expansora melhora as características do aerossol e, portanto, potencia a eficácia do pMDI, mesmo quando usado corretamente (Direção Geral da Saúde, 2013). Devendo a mesma ser utilizada com peça bucal, deixando-se reservada a máscara facial para as situações específicas: lactentes, criança até aos 4 anos e adultos não colaborantes. Nos mais pequenos (lactentes e pré-escolares) é obrigatório o uso de câmaras expansoras: **o uso direto na boca dos inaladores pressurizados não é recomendado na idade pediátrica.**

“ Dadas as dificuldades da coordenação “mão-pulmão”, o que está recomendado pela DGS (2013) é a utilização do inalador pressurizado sempre com câmara expansora. ”

### Câmaras Expansoras

Existem em Portugal, vários modelos de câmaras expansoras que variam no seu design e nas particularidades das mesmas. São dispositivos muito versáteis, podendo ser utilizadas em todas as faixas etárias, no ambulatório, no internamento e no serviço de urgência. O uso da câmara expansora promove por um lado, a desaceleração do aerossol do fármaco antes de atingir a orofaringe, diminuindo deste modo a deposição na orofaringe e, aumentado a fração de deposição pulmonar e, portanto, a eficácia terapêutica. Por outro lado, permite ultrapassar a dificuldade de coordenação “mão-pulmão”, ou seja, a coordenação entre a ativação do inalador e o início da inspiração, evitando deste modo o impactar o fármaco na orofaringe e permitindo a inalação correta do fármaco. Há ainda a vantagem de menor consumo de tempo contrariamente aos sistemas de nebulização, bem como, poder ser administrado próximo de outros doentes, o que não é possível com os sistemas de nebulização, pelo risco de contaminação (NOC n.º 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013). Constituindo, deste modo, a melhor opção em contexto de internamento e no serviço de urgência para administrar terapêutica de crise/ exacerbação (o inalador pressurizado doseável associado à câmara expansora- pMDI+CE).



Podem ser usadas com peça bucal ou máscara, sendo preconizado **sempre com peça bucal**, excepto nas situações já mencionadas (crianças até aos 4 anos e adultos não colaborantes) (Direção Geral da Saúde, 2013). Relativamente às interfaces (máscara facial) é essencial ter presente a sua ergonomia (tamanho da máscara) em função do grupo etário a que se destina, bem como a adaptação correta da mesma, de forma a evitar fugas entre a face e a máscara (Cordeiro *et al.*, 2014). Há ainda câmaras expansoras que dispõem de um sinalizador de fluxo, conhecido como “*flowsignal*” que tem por objetivo alertar o doente quando está a inspirar um fluxo elevado e rápido, emitido um som sonoro (tipo um apito), incentivando o doente a inspirar mais lentamente ( ex: ACE®; Optichamber Diamond®; Aerochamber Plus®Flow –Vu).

O uso do inalador pressurizado doseável e câmara expansora implicam sempre uma técnica inalatória correta, que deve ser ensinada e verificada. Há passos determinantes, como: agitar sempre o pMDI antes de usar, coloca-lo na câmara expansora na posição vertical (posição de L) e adaptar bem a peça bucal e/ ou máscara facial. Uma vez adaptada e após ativação do MDI, solicitar ao doente para inspirar lentamente a volume corrente, durante 3 ciclos respiratórios se for adulto e, nas crianças 5 a 10 ciclos a volume corrente (NOC n.º 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013). Quando mais de uma inalação (ou seja mais de um “puff”) do mesmo fármaco aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação e, voltar a agitar o pMDI (agitar sempre em cada nova inalação). Quanto aos cuidados de limpeza das câmaras expansoras quer no domicílio quer a nível hospitalar são simples, o que está preconizado: Limpeza semanal, com água tépida e detergente suave da loiça e secar ao ar ambiente (NOC n.º 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013). Contudo, sempre que existam dúvidas os profissionais de saúde devem ler as recomendações e instruções dos folhetos informativos que acompanham as respetivas câmaras expansoras.

**Os erros críticos na utilização das câmaras expansoras, são os seguintes:**

- **Acionar múltiplos “puffs” do fármaco numa só inalação;**
- **Atraso da inalação após ativação do inalador;**
- **Não higienizar semanalmente a câmara expansora;**
- **Inadequada adaptação do inalador à câmara expansora;**
- **Não ajustar corretamente a máscara a face.**



## Dispositivos de Pó Seco - DPI

Os DPIs conhecidos como os inaladores de pó seco geram o aerossol sob a forma de pó, disponível em cápsula, reservatório ou blister, em função do tipo de dispositivo (Unidose/Multidose). São dispositivos pequenos, portáteis, sem propelentes e, portanto, amigos do ambiente. Ao contrário dos pMDIS, são ativados pela inspiração, isto é, pelo débito inspiratório do doente. Ou seja, para a sua ativação é requerido um débito inspiratório mínimo variável, consoante as características técnicas dos dispositivos (Direção Geral da Saúde, 2013). A inspiração deve ser rápida, vigorosa mas constante, desde o início da inalação.

### Existem 2 grupos de dispositivos de pó seco:

**Unidose:** O fármaco apresenta-se em forma de cápsula (com uma única dose) que é perfurada. É necessário neste tipo de dispositivo, preparar a dose antes da inalação.

#### Tipos de dispositivo Unidose:

1. Aerolizer®;
2. Breezhaler®;
3. HandiHaler®;
4. Zonda® (mais recente) (Newman, 2005).



Imagens da autora

Têm a vantagem de possuir três mecanismos de **feedback de inalação:**

1. **VISUALIZAÇÃO** da cápsula vazia após a inalação;
2. **SABOR** a lactose durante a inalação o que confirma inalação correta;
3. **OUVIR** a cápsula a rodar durante a inalação.

#### Os erros mais críticos na sua utilização:

- Não perfurar a cápsula;
- Perfurar mais que uma vez a cápsula;
- Manter os botões laterais pressionados durante a inspiração.

## Dispositivos de Pó Seco Multidose: Particularidades e Especificidades

Dispomos de uma ampla gama de DPI multidose em Portugal, cada um com as suas particularidades e especificidades. Ao contrário dos DPI Unidose, o fármaco encontra-se armazenado num reservatório com múltiplas doses e, possuem contador de doses (variável em função do dispositivo, podendo contar de 10 em 10, 2 em 2, 1 em 1, etc). Alguns têm *feedback* de inalação, como por exemplo: sabor a lactose; click audível; janela após inalação que muda de cor vermelho-verde.

Nestes, distinguem-se ainda, dois subtipos: com reservatório comum, como por exemplo o Turbohaler® e com doses individualizadas, como por exemplo o Diskus® cujas doses estão em discos de alumínio (Newman, 2005). Apresentamos no quadro II a síntese de algumas particularidades e especificidades dos dispositivos de pó seco multidose, uma vez que a posição incorreta do dispositivo para inalação, tem como consequência a perda de fármaco antes da inalação e por outro lado, a ativação incorreta do dispositivo compromete a dose efetiva de fármaco a inalar e a deposição pulmonar do mesmo.

A limpeza dos DPI's não deve ser efetuada com água, sendo fundamental instruir o doente a limpar o bucal apenas com um lenço de papel.

## Quadro II- Particularidades e Especificidades dos DPI

Dispositivos multidose	Particularidades e especificidades
<p><b>Diskus®</b></p> <p><b>Genuair®</b></p>	<p><b>Preparar na horizontal</b></p> <p>Deslizar a alavanca até ouvir o click</p> <p>Premir o botão e soltar</p> <p>Janela feedback de inalação</p> <p>Click sonoro</p>
 <p><b>Fospiro®</b></p> <p><b>Spiromax®</b></p> <p><b>Ellipta®</b></p> <p><b>Turbohaler®</b></p> <p><b>Twisthaler®</b></p> <p><b>Easyhaler®</b></p>	<p><b>Preparar na vertical</b></p> <p>Abrir a tampa</p> <p>Rodar a base nos 2 sentidos</p> <p>Desenroscar a tampa (fica imediatamente ativo)</p> <p>Agitar e retirar a tampa (único DPI que necessita de agitação)</p>

### Regra de Ouro

#### PARA TODOS OS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

Sempre que o fármaco prescrito for um corticoide, lembrar o doente para higienizar a cavidade bucal (gargarejar com água e deitar fora, não engolir) para prevenir o aparecimento da candidíase oral.

E, por fim, um último dispositivo que se integra num grupo à parte pelas suas características particulares: menor necessidade de coordenação “*mão-pulmão*”, não dependente do fluxo inspiratório do doente para gerar o aerossol (nuvem de aerossol mais lenta e com maior tempo de duração, facilitando melhor coordenação ao doente entre a ativação do inalador e a inalação) (Anderson, 2006).

#### Inalador de Névoa Suave

É um dispositivo portátil, multidose e sem propelentes, com características particulares pelo que é designado de dispositivo de 3.ª geração. É constituído pelo inalador Respimat® e pelo cartucho que contém a solução para inalação, como representado na figura 1 e 2. Na parte lateral do inalador dispõe de um contador de dose, que funciona por código de cores (vermelho e verde), estimando o número de dose disponível. Ou seja, quando o indicador entra na área vermelha, significa que ainda tem disponível medicação para 7 dias (portanto 14 inalações, uma vez que são duas inalações seguidas por dia) (Figura 3).

Apesar de ser um dispositivo fácil de manusear, apresenta alguma tecnologia de preparação diferente do habitual que deve ser explicada: Inserção do cartucho na primeira utilização, uma vez introduzido não remover do inalador e fazer o *priming* até à visualização de uma nuvem. Esta sequência pode ser complexa para alguns doentes e, por isso pode ser efetuado no momento da aquisição nas farmácias). Uma vez cumpridos estes primeiros passos, o dispositivo é muito fácil de usar, resumindo-se a três passos: Rodar, abrir e pressionar. Até à data existe em Portugal para o brometo de tiotrópio, Olodaterol e associação brometo de tiotrópio e Olodaterol e são usados no tratamento da DPOC.

Não necessita **de ser agitado** e, não é utilizado com câmara expansora. A técnica inalatória **é lenta e profunda**.

Relembrando que, neste âmbito a Direção Geral de Saúde publicou dois documentos sobre esta temática, respetivamente a **Orientação n.º 010/2013 de 02/08/2013** sobre a utilização dos **dispositivos simples em aerossolterapia** atualizada a 18/12/2013 e a **Norma n.º 021/2011 de 28/09/2011** de Cuidados Res-



Fig. 1: Inalador névoa Suave Respimat® + Cartucho



Fig. 2: Inalador de névoa suave



Fig. 3: Contador com código de cores

piratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização atualizada a 11/09/2015, que têm o propósito de promover boas práticas clínicas na área da terapêutica inalatória, evidenciado a importância da educação contínua e demonstração prática

das diferentes técnicas inalatórias, específicas de cada dispositivo, com a confirmação da correta utilização dos dispositivos suportada em metodologias de ensino e de avaliação que corrigiam os erros da técnica de inalação por parte dos profissionais de saúde.

## Considerações finais

A correta técnica inalatória e uso adequado dos dispositivos inalatórios por parte dos doentes respiratórios crónicos constitui um dos fatores de controlo da doença, com consequências na qualidade de vida destes e, diminuição dos custos em saúde. Pelo que, o ensino, instrução e treino da técnica inalatória constitui uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Os enfermeiros assumem um papel de excelência neste âmbito. Porém, é necessário, como aludido ao longo deste artigo, que o enfermeiro responsável pelo ensino da técnica inalatória e do uso dos dispositivos inalatórios, adquira formação específica nesta área, ou seja, é fundamental ensinar o educador a fazer bem, porque, pior do que não ensinar, é ensinar **“mal”** os doentes.

Deste modo, os enfermeiros devem ser detentores de conhecimentos corretos relacionados com a técnica inalatória, particularidades, especificidades e respetivos fármacos disponíveis em cada dispositivo inalatório para, deste modo, garantir uma correta utilização dos mesmos e, uma melhor otimização da terapêutica inalatória por parte dos doentes respiratórios crónicos.

## BIBLIOGRAFIA

- Aerosol Drug Management Improvement (2014). Disponível: <http://www.admit-online.info/en/>
- Anderson, P. (2006). Use of RespiMat® soft Mist™ inhaler in COPD patients. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 1(3), 251-251-259.
- Basheti, I., Gowan, J.; Kilov, G., Fenton, N. (2008). National Asthma Council Australia. Inhaler technique in adults with asthma or COPD. Melbourne: National Asthma Council Australia. Disponível: <http://baynav.bopdnh.govt.nz/media/1938/inhaler-technique-in-adults-info-paper-final.pdf>
- Barreto, C., Pinto, P., Froes, F. & Cravo, P. (2000). Normas da terapêutica inalatória. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 6 (5), 395-434. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915309272>
- Bonini, M., & Usmani, O. S. (2015). The importance of inhaler devices in the treatment of COPD. *COPD Research and Practice*, 1 (1), 9. Disponível: <https://copdrp.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40749-015-0011-0?site=copdrp.biomedcentral.com>
- Cordeiro, M. C. (2014). O outro lado do tratamento da DPOC. Revista nº5 DPOC. Boehringer Ingelheim & Pfizer
- Cordeiro, M.C (2014). Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios. Loures: Editora Lusodidacta.
- Cordeiro, M.C., Mateus, D. (2014). Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDIs) In: Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios. Loures: Editora Lusodidacta. Capítulo 4.1. 49-61
- Cordeiro, M.C (2017). Terapêutica Inalatória: Dificuldades, erros críticos, doentes e profissionais de saúde. Dossier especial II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem In Enfermeiro Anuário. Ano 2 (2), 5-10.
- Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inalada (2013) - Arch Bronconeumol, 49 (Supl 1), 214. Disponível: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/S0300289613700681\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/S0300289613700681_S300_es.pdf)
- Direção Geral de Saúde (2013) Orientação sobre Utilização de Dispositivos Simples em Aerssolterapia. Orientação n.º 010/2013 de 02/08/2013 atualizada a 18/12/2013. Disponível: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/normas-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2011) Norma de Orientação Clínica Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização . Norma n.º 021/2011 de 28/09/2011 atualizada a 11/09/2015. Disponível: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/normas-e-orientacoes.aspx>
- Global Iniciativa For Asthma (2015). Global Strategy for Asthma and Prevention. Acedido a 27 de Setembro de 2016. Disponível: [http://ginasthma.org/wpcontent/uploads/016/01/GINA\\_Pocket\\_2015.pdf](http://ginasthma.org/wpcontent/uploads/016/01/GINA_Pocket_2015.pdf)
- Heslop, K. (2012). Primary Care Respiratory Society UK. Opinion, 49
- Hess, D.R., Myers, T.R., Raul J.L et al (2013). A Guide to Aerosol Delivery Devices for Respiratory Therapists. Edition American, Association for Respiratory Care, 3rd Edition.
- Laube, B. L., Janssens, H. M., de Jongh, F. H. C., Devadason, S. G., Dhand, R., Diot, P., et al. (2011). What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. *European Respiratory Journal*, 37(6), 1308-1331. Disponível: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.665.6200&rep=rep1&type=pdf>
- Lavorini, F., Magnan, A., Dubus, J. C., Voshaar, T., Corbetta, L., Broeders, M., ... & Corrigan, C. (2008). Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respiratory medicine*, 102(4), 593-604.
- National Asthma Council Australia (2008). Disponível: <https://www.nationalasthma.org.au/living-with-asthma/resources/health-professionals/reports-and-statistics/asthma-in-australia-2008>
- Newman, S. P. (2005). Inhaler treatment options in COPD. *European Respiratory Review*, 14(96), 102-108.
- Ramalho de Almeida, A.H. (2014). Prefácio In: Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios. Editora Lusodidacta, XIII-XIV.
- Relatório do Observatório das Doenças Respiratórias (2011). Disponível: [http://www.ondr.pt/Relatorio\\_ONDR\\_2011](http://www.ondr.pt/Relatorio_ONDR_2011)
- Roche, N., Chrystyn, H., Lavorini, F., Augusti, A., Virchow, J.C., Dekhizen, R., & Price, D. (2013). Effectiveness of inhaler devices in adult Asthma and COPD Respiratory. *EMJ Respirory*, 1, 64-71. Disponível: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Effectiveness%20Of%20Inhaler%20Devices%20In%20Adult%20Asthma%20And%20COPD.pdf>
- SPAR-ALAT (2013). Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inalada. *Archivos de Bronconeumologia*, 49 (Supl1), 2-14.
- Silva, E.A.R (2014). Otimização da terapêutica inalatória In: Terapêutica inalatória: princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios. Loures: Editora Lusodidacta Capítulo V.121-129.
- Yılmaz .A., Bayramgürler, B., & Akkaya, E. (2001). Evaluation of the usage techniques of inhalation devices and effect of training nurses. *Turkish Respiratory Journal*, 2 (2), 13-16.
- Zambelli-Simões, L., Martins, M.C., Possari, J.C., Carvalho, D.C., Coelho, G.B., Cipriano, A.C.C. (2015). Validação de escores de uso de dispositivos para inalação: valoração dos erros cometidos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 41, (4), 313-322. Disponível: [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n4/pt\\_1806-3713-jbpneu-41-04-00313.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n4/pt_1806-3713-jbpneu-41-04-00313.pdf)

# entrevista

## FILOMENA LEAL

PRESIDENTE DA ACE



**ACE:** Qual o percurso da Associação Científica dos Enfermeiros até aos dias de hoje?

**Filomena Leal:** A Associação Científica dos Enfermeiros (ACE) celebrou a 14 de Maio do ano corrente os seus 18 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 trajeto da Academia ACE guia-se por uma procura constante de conhecimento. 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.



## “ Ser Enfermeiro é o nosso Orgulho e a ACE promove-o em todas as ações formativas realizadas (...) ”

### **Ao longo dos anos a ACE foi desenvolvendo várias atividades. Quer falar-nos sobre algumas delas?**

O balanço de dezoito anos de atividade é extremamente positivo não só no número de eventos/atividades realizadas mas, essencialmente pela qualidade e inovação pautada pelos programas científicos. O número de participantes é sempre elevado, o que muito nos apraz.

Eventos como congressos, jornadas, encontros, workshops podem ter apenas o cunho organizativo da ACE ou emergirem de protocolos de parceria com associados e profissionais de saúde de diversas unidades funcionais do CHULC, com o Gabinete de Segurança do Doente, o Grupo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem/SIE e com o próprio Conselho de Administração.

Acreditamos que têm criado momentos únicos de aprendizagem, partilha interpares, o que nos possibilita a todos um crescimento nos diversos saberes do estado de arte de “Cuidar o Utente/Pessoa Significativa”.

A Academia ACE organizou vários workshops temáticos em ligação com os associados. As inscrições são sempre gratuitas e é de acesso livre a todos os profissionais de saúde. Todos os eventos tiveram uma adesão elevada de participantes e com uma avaliação extremamente positiva.

Em abril do ano corrente decorreram as IV Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem cujo êxito

científico foi de novo uma realidade. Não posso deixar de agradecer publicamente a toda a comissão organizadora na pessoa da Enf.<sup>a</sup> Carmo Cordeiro, associada, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Os palestrantes movidos por um interesse comum, a área respiratória, partilharam o seu saber na excelência do que melhor se faz nos Cuidados Respiratórios, conheceram-se projetos inovadores, reiterou-se a importância do papel do Enf. Especialista no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários.

Neste caminho científico percorrido, que tem sido estimulante e único para nós, corpos sociais, salientamos a colaboração crucial de uma equipa especializada de designer e marketing, a Cognição, que com o seu profissionalismo e dedicação nos auxilia na divulgação da ACE, na organização dos eventos, conceção de novas ideias e na manutenção do website [www.acenfermeiros.pt](http://www.acenfermeiros.pt) que é um meio extremamente valioso para a interatividade e comunicação com os profissionais do centro hospitalar, outras instituições e com a própria sociedade civil.

No website os associados podem candidatar-se ao **apoio de formação/investigação** para participarem em atividades no âmbito da enfermagem ou em outras áreas do saber que interagem com a arte e o cuidar em enfermagem. É com enorme satisfação que constatamos que o número de pedidos tem vindo a aumentar de forma exponencial. Convido-vos a nave-

**Filomena Gomes Leal**, Presidente da ACE (desde 2002); Enfermeira desde 1982; Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação (desde 1995); Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (desde Maio de 2001); Enfermeira Coordenadora da Área de Neurociências (desde Outubro de 2007).

BIO

gar no website, lerem o regulamento deste apoio e de protocolos institucionais que permitem benefícios para os associados.

“Ser Enfermeiro” é o nosso “Orgulho” e a ACE promove-o em todas as ações formativas realizadas mas, bem evidente ao comemorarmos todos os anos o Dia Internacional dos Enfermeiros em colaboração com o Conselho de Administração. Na comemoração o fio condutor é o tema do International Council of Nurses (ICN) ajustado à realidade de um centro hospitalar que aglutina seis hospitais, na busca de novos projetos para a sensibilização e participação da sociedade civil, no fundo para a promoção e literacia em saúde.

A Revista Enformação de publicação eletrónica vai alterar a sua periodicidade para semestral.

É interessante observar a evolução da própria revista desde o início, janeiro de 2005, com novas rubricas e mais atrativa na sua apresentação, de fácil leitura, com capacidade de chegar a um maior número de leitores. Estes têm ainda a possibilidade de visualizar no website os suplementos da revista que apresentam os resumos das comunicações livres e pósteres que foram selecionados e apresentados em jornadas, congressos, workshops ou outros eventos. Para a continuidade da revista é fundamental o contributo de todos, pelo que deixo o repto para uma submissão mais regular de artigos científicos para serem publicados. Nas várias edições podemos constatar que existem artigos de profissionais de saúde de outras instituições mas os associados tem sempre primazia.

Agradeço imenso aos enfermeiros dos corpos sociais que tem estado comigo nesta cruzada formativa que apesar das dificuldades que todos nós sentimos a nível temporal, logístico, pessoal e profissional, nunca desistiram e tem a ousadia para avançar, lutar pelos nossos ideais associativos, pela construção de pilares fulcrais numa área tão nobre de qualquer profissão

**- Formação.**

**O CHULC tem tido várias modificações. Quais os principais desafios que se tem colocado à ACE decorrentes destas alterações?**

É aliciante recuar no tempo e neste caso à constituição desta associação em 2000 titulando-se de Associação Científica dos Enfermeiros do Hospital de S. José.

Da reorganização hospitalar ocorrida em 2004 e 2007 surge o Centro Hospitalar de Lisboa Central e implicou uma alteração estatutária passando a ter a atual designação – **Associação Científica dos Enfermeiros**. Sem dúvida que é um nome mais agregador e apelativo

para os Enfermeiros dos seis hospitais que compõem o CHULC.

Foi uma aposta com sucesso. Neste momento já existem associados de todos os hospitais.

Sou sincera, os desafios impostos por estas alterações, fusões de serviços, a dispersão dos seis hospitais, podiam colocar em causa a atividade da ACE até mesmo a sua continuidade. Há uma dificuldade acrescida na divulgação dos objetivos e angariação de associados. Fizemos várias campanhas de divulgação durante os eventos realizados, através da revista Enformação e fomos presencialmente às unidades funcionais. Presentemente de forma rotativa colocamos um roll-up pelos hospitais com informação sobre os benefícios de ser associado. O microsite de enfermagem na intranet também é um meio de divulgação porque os Enfermeiros podem aceder on-line ao website da ACE.

Não nos podemos esquecer que é uma atividade extralaboral que tem que ser realizada com esforço, empenho e motivação dos corpos sociais que se vêm confrontados diariamente com muitas solicitações pessoais e profissionais. Os obstáculos têm vindo a ser superados pela resiliência própria de “Ser Enfermeiro” e da nossa entrega sentida a esta causa formativa. Há uma consciência grupal que a ACE é uma identidade formativa, idónea, que sustenta e promove a imagem do desempenho dos Enfermeiros e do seu papel na comunidade.





No decorrer dos dezoito anos de atividade, o número de associados tem sofrido oscilações pela mobilidade dos enfermeiros, algumas desistências mas, é gratificante observar que existem sempre novas inscrições e no ano corrente já se associaram trinta enfermeiros. À data atual somos quinhentos e noventa e cinco (595).

Continuamos a pensar em estratégias de proximidade e incito a todos no sentido de nos darem sugestões para a angariação de novos sócios.

Um desafio enorme é ter novas ideias que estimulem a participação dos associados para a realização de artigos, pedidos de colaboração/parcerias para a organização de eventos, espaços de reflexão com a comunidade civil, neste “mundo” tão complexo e dinâmico em todas as estruturas clínicas e de apoio clínico e técnico que compõem o CHULC.

Desafio é nunca desistir e caminhar lentamente, passo a passo. A vida é um continuum e a ACE também o é em todas as suas vertentes de atuação.

### **Qual o papel da ACE tendo em conta a realidade atual da profissão?**

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

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

Constata-se que tem havido um aumento do número de enfermeiros que se candidatam às especialidades em enfermagem e a cursos de pós graduação, tendo a ACE a preocupação de incentivar e divulgar estas formações acrescidas no website ou enviando email para os associados. Tem um protocolo com uma das escolas superiores de enfermagem de lisboa e uma das metas para 2020 é sem dúvida retomar o contato com outras instituições de modo a obter mais benefícios para os associados.

É importante que no âmbito das unidades funcionais que compõem a estrutura clínica e de apoio clínico do CHULC e de algumas comissões da estrutura de apoio técnico, os Enfermeiros Especialistas demonstrem as suas competências comuns, específicas e acrescidas. Neste momento o meu desempenho centra-se na área de coordenação de enfermagem mas como enfermeira especialista de reabilitação é gratificante ter tido a oportunidade de exercer a minha especialidade. Ainda hoje tenho a obrigação com os conhecimentos/competências adquiridas em quase trinta e sete anos de exercício profissional propor medidas e planos de melhoria na avaliação dos cuidados e na forma como estes são geridos.

### **A supervisão dos cuidados é imprescindível.**

Não podemos ser indiferentes às necessidades de formação e integração dos enfermeiros mais jovens apesar de existirem vários constrangimentos nas várias unidades funcionais, como a mobilidade frequente dos enfermeiros, equipas com idade média superior ou igual a cinquenta anos e a dotação dos recursos humanos ainda não ser a adequada às necessidades de horas em cuidados de enfermagem por turno. Eles são o futuro e a garantia do desenvolvimento técnico científico da profissão. **Não podemos deixar de ser modelo de referência.** A autonomia da profissão tem que continuar a ser uma realidade.

O Enfermeiro Gestor através da sua liderança é determinante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da sua equipa. Um dos seus objetivos como líder é construir em parceria com todos os elementos da equipa de saúde ambientes favoráveis à prática clínica e ao garante de cuidados de saúde com qualidade. Mas, o gestor está integrado numa organização. Esta tem que ser qualificante, motivadora, promotora de aprendizagem e de compromisso. As organizações são pessoas e com elas o gestor pode imprimir mudanças, desafiar, renovar, conduzir à excelência. É importante sentirmo-nos vinculados a uma missão e a valores. Todos os profissionais são a chave do sucesso.

Na minha óptica e na realidade atual todos estas premissas são pilares para uma profissão que é reconhecida na comunidade científica da saúde.

Novos projetos de investigação que traduzam a evidência da prática clínica é um desafio. A ACE no próximo ano tem como objetivo lançar de novo um “Prémio de Investigação” cujo regulamento será divulgado no website.

Dinamizar as equipas para a produção científica, sem ser em percurso académico, é difícil. Tenho consciência que muito há a realizar. A ACE está aberta a sugestões que permitam novos caminhos no percurso do saber.

### **Como perspectiva o futuro da ACE?**

#### **Um futuro de sucesso, crescimento e inovação.**

Ao refletir sobre a palavra sucesso sinto que já é uma apropriação da ACE. Já vencemos muitos obstáculos



“ (...) somos uma associação que irá sempre ser património dos Enfermeiros e um marco histórico nesta instituição. ”

e iremos alcançar mais êxitos em colaboração com os associados, profissionais de saúde, com organizações/ associações no âmbito da saúde, de gestão e civis.

Considero que o investimento que realizámos até ao momento e o modo como nos relacionamos com as Pessoas é um dos ingredientes para a chave de um sucesso promissor.

Os Enfermeiros têm que ser audazes! E a ACE acompanha e promove essa audácia. Não devemos temer o futuro. Em março inicia-se novo mandato e acredito que os corpos sociais eleitos vão ter um potencial criador, inovador e sustentável.

Mudar pode ser fator de continuidade e crescimento.

Queremos crescer mais! Em 2020 a meta é atingir oitocentos associados!

A divulgação é fundamental e todos os associados podem colaborar no seu local de trabalho.

Ao aumentar o número de associados, obteremos sem dúvida, novos protocolos cujos benefícios se traduzirão no âmbito formativo e social.

A cultura da ACE assenta na procura de novos conhecimentos, em eventos cujos conteúdos programáticos espelham novas práticas e revelam projetos/programas inovadores.

Inovação é um processo transformador que pode ter um impacto extremamente positivo na qualidade de vida dos cidadãos.

Inovar pode ser um risco mas, não podemos estagnar. Estar conformado inibe a liberdade e o crescimento.

A ACE existe para os Associados mas também para a organização onde se insere e para os utentes/famílias que nos procuram para obterem cuidados de saúde com qualidade.

A metamorfose da vida de uma associação depende muito do contributo dos seus associados e do trabalho dos elementos dirigentes.

Ser um trabalho extralaboral é difícil e obrigatoriamente tem que haver dedicação e partilha.

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

Em 2000 uns colegas sonharam com uma associação, fundaram-na e a nós Enfermeiros do CHULC cabe-nos a tarefa de a fazer crescer mais.

Como dizia Fernando Pessoa, " O Homem é do tamanho do seu sonho"

O futuro depende de todos nós.

Como presidente, desde 2002, **afirmo com determinação que somos uma associação que irá sempre ser património dos Enfermeiros e um marco histórico nesta instituição.**



# Aconteceu

## Pessoa com Ferida: Da Evidência aos Contextos

Paula Duarte

No dia 25 de Março de 2019 realizou-se, na sala de conferências Lúcia Gama no HDE, o Workshop Pessoa com Ferida: Da Evidência aos Contextos. Dinamizado pela Academia ACE desta vez em estreita colaboração com a Enfermeira Elsa Menoita reconhecida perita nesta temática.

Na sessão de abertura a atual Enfermeira Diretora do CHULC, Enfermeira Maria José Costa Dias, expressou contentamento por ser o primeiro evento público em que assumia o papel de diretora de uma instituição de reconhecido mérito no âmbito do Ser Enfermeiro. Congratulou-se em poder dar início a um dia de aprendizagem, partilha e discussão de conhecimento.

A estrutura deste Workshop teve duas mesas: **“Diferentes entidades: da apreciação à intervenção”**

e **“Gestão da infeção”**; duas conferências: **“Desbridamento”** e **“Terapia por pressão negativa portátil”**.

O facto de haver preletores de outras instituições permitiu-nos perceber que as dificuldades e os constrangimentos nesta área são similares para todos os profissionais, independentemente do sítio onde exercem.

A tónica transversal deste Workshop foi a atualidade e a pertinência dos temas evidenciada pelo nível de adesão e de participação dos formandos. A área da prevenção e tratamento de feridas é sem dúvida uma área sensível à formação e são espaços como estes que fomentam o conhecimento com inerente repercussão na melhoria das práticas.



## Dia Internacional do Enfermeiro 2019

Cristina Amaral

No âmbito das Comemorações do DIE, o ICN deu o mote: “Enfermeiros: uma voz para liderar” e a ACE lançou um desafio aos enfermeiros do CHULC, assente na premissa de dar a conhecer projetos inovadores em Enfermagem, que promovam a mudança, fomentem o conhecimento e se repercutam na melhoria das práticas.

A demonstração da aceitação deste desafio foi materializada por intermédio da apresentação e discussão de projetos relevantes, que visam as novas formas de cuidar e de pensar em saúde, mais adaptadas ao modo como as pessoas vivem atualmente e trabalham nas organizações e também mais adequadas aos padrões mais complexos de doença com que os hospitais atualmente se deparam.

Nesta sessão foram abordados diversos temas entre os quais se encontram as dotações seguras em enfermagem, a avaliação do risco de infeção no

doente internado, o seu diagnóstico de enfermagem, redução da contaminação microbológica dos líquidos de perfusão de órgãos no peri operatório, grupo de apoio aos Cuidadores informais do doente hemato-oncológico, consulta de transição do adolescente com doença crónica para a consulta do adulto, via integrada na artroplastia do joelho e anca e mutilação genital feminina.

O evento permitiu uma partilha de conhecimentos e da experiência adquirida nestes campos com um realce para o conceito de projeto, as implicações decorrentes da sua implementação e a sua essência colaborativa.

Ficou claro que cabe ao Enfermeiro, em virtude da proximidade ao utente e da sua visão holística e integradora, um papel de liderança no exercício das suas funções, com o propósito de melhor cuidar enquanto aptidão implícita e dever ético.



## Gestão de UPP

Elsa Menoita

No âmbito das comemorações do dia internacional STOP Úlceras Por Pressão (UPP), o grupo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem PQCE/SIE organizou, em parceria com a academia ACE, o Workshop Gestão de UPP - Impacto na Qualidade Assistencial do CHULC no dia 27, no salão Nobre no CHULC - HSJ.

Na sessão de abertura contou-se com a participação da Sra. Enf. Diretora do CHULC Maria José Costa Dias.

Diversas temáticas foram apresentadas e refletidas: Ética no cuidar, Multidimensionalidade da pessoa com ferida, apresentados e postos à dis-

cussão casos clínicos apresentados pelos enfermeiros dinamizadores de UPP do CHULC.

Contamos ainda com a participação da Presidente da Associação Nacional dos Cuidadores Informais no tema Literacia para a saúde - gestão do conhecimento e capacitação do cuidador.

Os trabalhos foram finalizados com uma mesa onde se conversou o impacto do programa das UPP na gestão dos cuidados. A discussão envolveu a plateia criando-se um momento interativo.

Simultaneamente realizou-se uma exposição de material de penso existente no CHULC.

Evento esgotado!



# Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE  
Hospital S. José Lisboa - Pena  
Rua José António Serrano  
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 896 • Fax: 218 841 087

**+ inovação**  
**+ benefícios**  
**+ vantagens**

- Acessos específicos para sócios
  - Apoio à formação / investigação
  - Protocolo de cooperação
  - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
  - Submissão e publicação de artigos na revista
  - Biblioteca de artigos publicados
  - Revista digital
- Links de utilidade profissional



Promova o nosso site!

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



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL EPE



# ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

## QUEREMOS CRESCER MAIS!

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



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