

S U P L E M E N T O . J U L H O 2 0 1 6

Enf^{orm} ação

Enfermagem em contínuo movimento

CONGRESSO



Acolher Capacitar Encaminhar

LISBOA | AUDITÓRIO DO ALTO DOS MOINHOS

12 - 13 MAIO 2016



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Enf^{orm} ação

Enfermagem em contínuo movimento

Conselho Directivo

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

Conselho Redatorial

Helena Xavier
Ivete Monteiro
João Oliveira
Paula Duarte
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lúgia Malaquias
Luís Sousa
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede

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



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Orgãos Sociais:

Conselho Directivo

Filomena Leal
Presidente
Elsa Folgado
Vice-presidente
Helena Xavier
1.º Secretário
Paula Santos
2.º Secretário
Luís Pereira
Tesoureiro

Assembleia Geral

Paula Duarte
Presidente
Cristina Amaral
Vice-presidente
Isabel Dionísio
Secretário

Conselho Fiscal

Paula Pinheiro
Presidente
Marisa Salgado
Secretário
Natacha Sousa
Relator

Suplentes

Bruno Saraiva
1.º Suplente
Inês Costa
2.º Suplente
Marta Patrício
3.º Suplente
Cláudia Rodrigues
4.º Suplente
Elsa Mendoita
5.º Suplente

CONGRESSO



Acolher Capacitar Encaminhar



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

LISBOA | AUDITÓRIO DO ALTO DOS MOINHOS

12 - 13 MAIO 2016



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE



COMISSÃO DE HONRA:

Conselho de Administração do CHLC, EPE

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Ana Cunha
Ana Sofia Graça
Carlos Gaudêncio
Irina Cardoso
Luís Sousa
Palmira Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA:



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Bruno Saraiva	Isabel Dionísio
Cláudia Rodrigues	Luís Pereira
Cristina Amaral	Marisa Salgado
Elsa Folgado	Marta Ferreira
Elsa Menoita	Natacha Sousa
Filomena Leal	Paula Duarte
Helena Xavier	Paula Pinheiro
Inês Costa	Paula Santos



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE



INTEGRATED RESOLUTIONS

SECRETARIADO:

anabela.paiva@cognicao.pt
tel. 210 996 975

PALESTRANTES CONVIDADOS:

Fisiot. Anabela Correia - CHLC, EPE
Enf. Anabela Gama - CHLC, EPE
Dra. Anabela Pereira Neves - INMLCF-Sul
Enf. Ana Carolina Rito - CHLC, EPE
Enf. Ana Rochinha - CHLC, EPE
Dra. Ana Silva Guerra - CHLC, EPE
Dra. Bárbara Gomes - King's College London/ISPUP
Enf. Carla Colimão - CHLC, EPE
Fisiot. Carla Pimenta - CHLC, EPE
Dra. Carla Ribeirinho - ULHT
Dra. Célia Pilão - CHLC, EPE
Enf. Célia Santos - CHLC, EPE
Dr. César Santos - INMLCF-Médio Tejo
Enf. Cláudia Sousa - CHLC, EPE
Enf. Cristina Valério - CHLC, EPE
Dra. Cristina Vaz de Almeida - ISPA
Dra. Diana Mendes - CHLC, EPE
Dra. Fátima Ferreira - CHLC, EPE
Enf. Fernanda Moreno - CHLC, EPE
Enf. Fernanda Viana - CHLC, EPE
Enf. Fernando Rodrigues - CHLC, EPE
Enf. Frutuosa Buinho - CHLC, EPE
Enf. Inês Elvas - CHLC, EPE
Enf. Isabel Alexandra Leal - CHLC, EPE
Dra. Joana Menezes - APAV
Dr. João Eurico Reis - CHLC, EPE
Dr. João Gonçalves - CHLC, EPE
Enf. José Carlos Testas - CHLC, EPE
Enf. Lina Aleixo - CHLC, EPE
Enf. Madalena Amorim - CHLC, EPE
Enf. Maria do Carmo Alves - CHLC, EPE
Dra. Maria João Xavier - CHLC, EPE
Enf. Maria José Mendes - CHLC, EPE
Dra. Neuza Mendes - CHLC, EPE
Enf. Ofélia Lopes - CHLC, EPE
Enf. Paula Garcia - CHLC, EPE
Dra. Raquel Mega - CHLC, EPE
Enf. Rogério Dinis - ACES Lisboa Central
Enf. Sónia Vieira - CHLC, EPE
Enf. Tiago Amaral - CHLC, EPE
Dr. Victor Gomes - CHLC, EPE
Dr. Vítor Maduro - CHLC, EPE
Prof. Wilson Abreu - ESEP

CONGRESSO



Acolher Capacitar Encaminhar



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

LISBOA | AUDITÓRIO DO ALTO DOS MOINHOS

12 - 13 MAIO 2016



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE



Caros Colegas,

Antes de mais, gostaria de agradecer à Sra. Enf. Diretora do CHLC, Enf. Armandina Antunes, a sua presença, a todos os palestrantes e à Comissão Organizadora e Científica, pelos temas escolhidos, que muito contribuíram para o sucesso do Congresso, a todos os colegas que apresentaram trabalhos partilhando os seus conhecimentos e que pela sua qualidade nos permitiu realizar este suplemento.

Gostaria igualmente de expressar o nosso reconhecimento e estima pelos patrocinadores científicos, Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER) e ELCOS (Sociedade Portuguesa de Feridas) e aos sponseres que colaboraram para a organização deste congresso.

A escolha da data de realização do Congresso ACE, não foi por mero acaso!

No dia 12 de Maio, comemorámos o **Dia Internacional do Enfermeiro** com o lema **Enfermeiros: uma força para a mudança – para um sistema de saúde mais resiliente.**

Resiliência é a capacidade de recuperar de dificuldades, vencer desafios, enfim, ter a capacidade de ser flexível, de se adaptar e de aprender.

A ACE é resiliente e quer sempre continuar a dar visibilidade ao desempenho dos Enfermeiros integrados numa equipa multidisciplinar e na articulação com a comunidade e com a sociedade civil.

A opção por este tema do congresso também, não foi por mero acaso!

Pensem, na palavra **ACE!**

ACOLHER - receber com agrado, refugiar-se, amparar, acto de acolher, hospitalidade.

CAPACITAR - compreender, convencer, habilitar, ficar ou se tornar apto.

ENCAMINHAR – guiar, orientar, resolver. definir o rumo de algo.

Voltem a pensar! **ACE** é o vosso cartão de visita!

Acolher, Capacitar, Encaminhar, é sinónimo de *continuum* de vida, é um processo construtivo, dinâmico, que diariamente pode contribuir para um sistema de saúde mais forte e mais resiliente.

Todos nós somos um construto do passado e do presente, todos nós somos seres únicos, com personalidade própria e valores intrínsecos.

Todos nós somos o somatório de uma historia familiar, social, cultural e profissional.

Filomena Leal
Presidente da ACE

- 08:30 H Abertura do Secretariado
- 09:00 | 09:30 H **SESSÃO DE ABERTURA**
Lisboa, Colina de Sant'Ana: 500 anos a tratar de corpos e de almas
 Dra. Célia Pilão
- 09:30 | 10:00 H **CONFERÊNCIA | ENFERMAGEM TRANSCULTURAL** | Prof. Wilson Abreu
- 10:00 | 10:15 H **Coffee-break** | DISCUSSÃO POSTERES
- 10:15 | 11:30 H **1ª MESA | DILEMAS DO QUOTIDIANO**
 Moderadora: Enf. Ofélia Lopes
CGI - Direito de Optar | Enf. Isabel Alexandra Leal | Enf. Cristina Valério
Procriação Medicamente Assistida | Enf. Carla Colimão | Dra. Neuza Mendes
 | Dr. João Gonçalves
- 11:30 | 12:30 H **2ª MESA | HABILIDADES FORENSES NO CUIDAR**
 Moderador: Enf. Inês Elvas
Violência no Namoro | Dr. César Santos
Vítimas de Violência Doméstica | Enf. Cláudia Sousa
Recolha de Evidências | Dra. Anabela Pereira Neves
- 12:30 | 14:00 H **Almoço**
- 14:00 | 15:30 H **3ª MESA | A COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS:
 A REALIDADE DO CHLC**
 Moderadora: Enf. Fernanda Moreno
Da Doação e Colheita de Órgãos ao Transplante | Enf. Fernando Rodrigues
Autotransplante de Medula Óssea: Quando e Como | Enf. Fernanda Viana
Transplante Pulmonar | Dr. João Eurico Reis | Enf. Sónia Vieira
**Transplante Hepático no CHLC: Casuística e Resultados
 - A Experiência de 23 anos** | Dra. Raquel Mega
Transplante de Córnea | Dr. Vítor Maduro | Enf. Ana Rochinha
Evolução dos Programas de Colheita de Tecidos Humanos no CHLC
 Dra. Maria João Xavier
- 15:30 | 15:45 H **Coffee-break** | DISCUSSÃO POSTERES
- 15:45 | 17:00 H **4ª MESA | INOVAÇÕES NO TRATAMENTO DO DOENTE QUEIMADO**
 Moderadora: Enf. Madalena Amorim
Construindo o Continuum na Assistência ao Grande Queimado
 Enf. Tiago Amaral
Procedimentos Diferenciados na Unidade de Queimados
 Dra. Ana Silva Guerra | Enf. Frutuosa Buinho
Unidade de Queimados HDE - Um Percurso na Melhoria Contínua dos Cuidados
 Enf. Ana Carolina Rito
- 18:00 | 18:00 H VISITA CULTURAL AO PATRIMÓNIO HISTÓRICO DO HOSPITAL DE S. JOSÉ

09:00 09:30 H	<p>CONFERÊNCIA COMUNICAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE Dra. Cristina Vaz de Almeida</p>
09:30 11:00 H	<p>5ª MESA REABILITAR/REABILITANDO – UMA ESPIRAL DO CONHECIMENTO <i>Moderadora:</i> Enf. Lina Aleixo</p> <p>A Intervenção do Fisioterapeuta na Equipa de Saúde em Meio Hospitalar Fisiot. Anabela Correia Fisiot. Carla Pimenta</p> <p>O Papel do Enfermeiro no Internamento da MFR Enf. Célia Santos</p> <p>Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Artroplastia Total do Joelho Enf. José Carlos Testas</p> <p>A Pessoa com VNI numa UCIP Enf. Maria José Mendes</p>
11:00 11:15 H	<p>Coffee-break DISCUSSÃO POSTERES</p>
11:30 12:30 H	<p>6ª MESA REFLETIR EM PRESSÃO <i>Moderador:</i> Enf. Anabela Gama</p> <p>Úlceras por Pressão no CHLC, o Caminho Percorrido Enf. Elsa Menoita Enf. Maria do Carmo Alves</p> <p>Nutrir para Melhor Cicatrizar Dra. Diana Mendes</p> <p>Que Respostas no ACES Lisboa Central às Pessoas com Úlcera por Pressão? Enf. Rogério Dinis</p>
12:30 14:00 H	<p>Almoço</p>
14:00 14:30 H	<p>CONFERÊNCIA COMPETÊNCIAS DA EGA E MODELO DE REFERENCIAÇÃO Dr. Victor Gomes</p>
14:30 15:30 H	<p>7ª MESA REPERCUSSÕES DO ENVELHECIMENTO <i>Moderadora:</i> Enf. Paula Garcia</p> <p>Prevenção de Violência contra as Pessoas Idosas Dra. Joana Menezes</p> <p>A Idade e a Doença - Intervenção do Serviço Social faz a Diferença Dra. Fátima Ferreira</p> <p>Violência Institucional Dra. Carla Ribeirinho</p>
15:30 16:00 H	<p>CONFERÊNCIA OS DESAFIOS EM PORTUGAL NO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS Dra. Bárbara Gomes</p>
16:00 16:30 H	<p>ENTREGA DE PRÉMIOS</p>
16:30H	<p>SESSÃO DE ENCERRAMENTO</p>

CONGRESSO



Acolher Capacitar Encaminhar



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
CENTRAL EPE

LISBOA | AUDITÓRIO DO ALTO DOS MOINHOS

12 - 13 MAIO 2016



Índice

Conferência

ACOLHER, CAPACITAR, ENCAMINHAR - LITERACIA EM SAÚDE: OS CAMINHOS PARA UMA MAIOR CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	08
---	----

Cristina Vaz de Almeida

Pósteres

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA CONSULTA DE DOR CRÓNICA DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - PÓLO HOSPITAL DE CURRY CABRAL	16
--	----

Cristina Vieira

ALTERAÇÕES ALIMENTARES NA PESSOA COM DEMÊNCIA GRAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM	17
--	----

Daniela Ferreira

CAPACITAR A PESSOA / PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE A DISREFLEXIA AUTÓNOMA	17
--	----

Ana Figueiredo; André Galego; Marta Salvado

CUIDADOS PALIATIVOS: O FIM OU O CAMINHO?	18
---	----

Filipa Santos

IMPACTO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA ...	18
---	----

Florbela Romão; Graça Marrão; Maria Inês Pereira

PERFIL DOS UTENTES COM PATOLOGIA AUTOIMUNE SOB TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA SEGUIDOS NA CONSULTA EXTERNA	19
---	----

Carla Barbosa; Carla Gonçalves; Isabel Chambel; Manuela Luís

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR DISPOSITIVOS MÉDICOS	20
--	----

Alexandra Seara Almeida; Carla Sofia Gonçalves; Filipa Santos

TOQUE TERAPÊUTICO – REIKI EM ENFERMAGEM	20
--	----

Paulo Salvado

USO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DA DOR	21
--	----

Marta Salvado; Paulo Salvado



Conferência

LITERACIA EM SAÚDE: OS CAMINHOS PARA UMA MAIOR CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cristina Vaz de Almeida

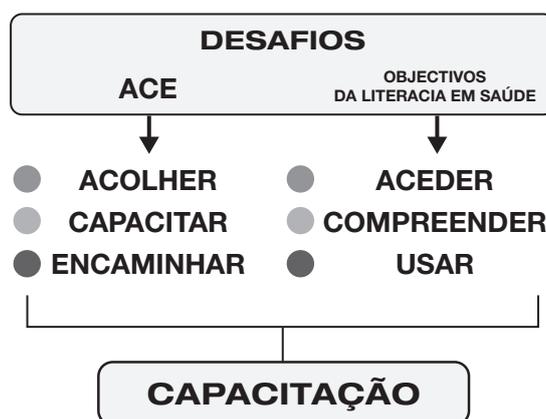


Ilustração 1 - Tema do Congresso ACE, Maio 2016

A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o «Conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde» (WHO, 1998). A literacia em saúde vai além da interpretação dos termos que compõem a sua significância: trata-se sem dúvida, de um verdadeiro constructo.

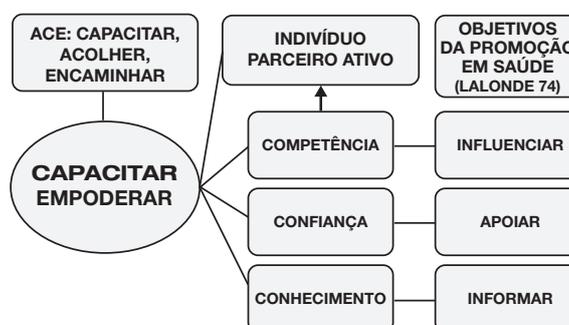


Ilustração 2 - A capacitação e o constructo de literacia em saúde, esquema da autora.

A urgência de capacitar os indivíduos, participantes no processo de saúde, nas suas diversas vertentes de promoção, prevenção e reabilitação, exigem que haja um olhar renovado sobre os profissionais e sobre o doente/utente, que permita atribuir-lhes mais competências, mais confiança e conhecimentos. Esta visão, que vai para além do modelo biomédico, permitiu, de forma mais intensiva, a partir

da primeira década de 2000, e fazendo ponte com o que já preconizava Lalonde em 1974 (Relatório Lalonde, Canadá) e a própria Carta de Otawa (1986), assegurar que se desenhava, de uma forma integrada, a participação mais ativa do doente/utente no processo de decisão consciente em saúde.

No primeiro Estudo de literacia, o National Adult Literacy Survey (NALS- EUA, 1993) avaliou-se que 50% dos adultos tinham dificuldades em entender conteúdos de documentos necessários à sua vida do dia-a-dia, nomeadamente formulários das seguradoras, conteúdos das prescrições, indicações de saúde, documentos de consentimento informado, entre outros. O conceito de literacia é definido também, e de uma forma mais abrangente que o significado de alfabetização como a capacidade de «funcionar em sociedade».

Sempre atento, Portugal avança neste campo em paralelo, e em 1996 é realizado o primeiro estudo em Portugal - Estudo Nacional de Literacia - coordenado por Ana Benavente. O estudo deu origem ao livro «A Literacia em Portugal. Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica» (Benavente, Rosa, Costa e Ávila), publicado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa com base num protocolo com o Conselho Nacional de Educação e a Fundação Calouste Gulbenkian, tendo sido o trabalho de campo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Os resultados evidenciaram que 79,4% da população situava-se entre os níveis 0 e 2 e que um em cada quatro adultos não conseguiu atingir o nível 3, definido como o nível mínimo de literacia.

O Parlamento Europeu elaborou em 2002 o Relatório 305.708, A5-0009/2002 sobre a literacia e a exclusão social. Foi o momento em que podemos perceber que se fez uma «ponte» mais nítida entre a baixa literacia, o desemprego e a pobreza. Um dos excertos do relatório refere que «Os níveis de literacia afetam as competências e a flexibilidade da força de trabalho, os níveis de emprego, as oportunidades de formação».

Também o Questionário Europeu de Literacia - Health Literacy Survey (HLS – EU – PT) publicado a 17 de Setembro de 2014, abrangeu no seu estudo os Cuidados de saúde, a Promoção de saúde e a Prevenção da doença. Os números foram evidentes e preocupantes de novo: Em Portugal, 61% da população tem um nível inadequado ou problemático de literacia em saúde (abaixo dos restantes parceiros europeus).

E de quem é a responsabilidade, podemos sem hesitação questionar.

- Do doente/utente que devia ter percebido melhor?
- Do profissional de saúde que poderia ter explicado de uma forma mais clara e acessível?

RESPONSABILIZAÇÃO CAPACITAÇÃO / LITERACIA

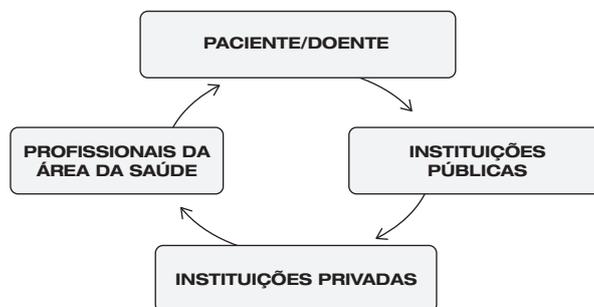


Ilustração 3 - Responsabilização integrada nos processos de literacia em Saúde, esquema da autora.

Quando analisamos os estudos e os inquéritos publicados ao longo dos anos em Portugal, por entidades credíveis, vimos com nitidez que os doentes/utentes escolhem quase a um mesmo nível, os parâmetros da 'Competência' e da 'Relação e Comunicação'.

É preciso melhorar a comunicação entre Profissionais e Doentes/Utentes. Segundo Carvalho Teixeira (ISPA), a avaliação que os doentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais, em grande parte é a partir da avaliação feita das competências comunicacionais dos profissionais de saúde com os quais interagiram.

O contexto de referência onde ocorre a relação é dominado geralmente pelo modelo biomédico (valoriza as técnicas de diagnóstico e de tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação) e pelo modelo autoritário de influência social dos profissionais de saúde. Aqui, o paradigma relacional é do tipo parental e o paradigma comunicacional é do tipo perito/leigo.

As pessoas com baixa literacia saltam as palavras que não compreendem, não fazem categorias, não conseguem no final juntar ou interpretar o sentido. Mesmo as pessoas com elevada literacia preferem textos mais simples.

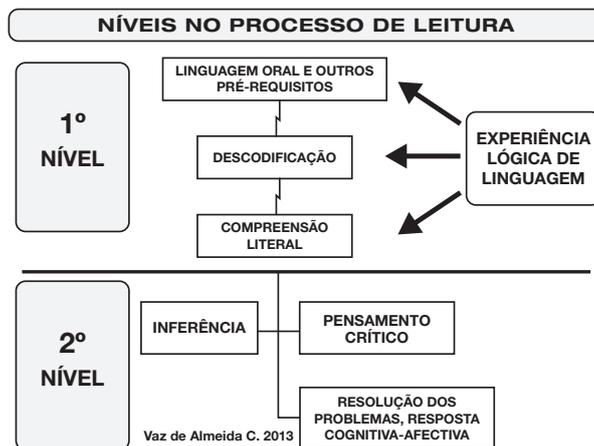


Ilustração 4 - Os níveis do processo de linguagem, esquema da autora.

O que se passa para as pessoas não seguirem ou não entenderem as várias recomendações, orientações?

Porque as pessoas, apesar de conseguirem descodificar palavras, frases e até textos, não conseguem usar a informação escrita contida em livros, jornais, folhetos, suportes digitais, etc. Apesar de conhecerem os números, grande parte das pessoas não consegue fazer cálculos simples (numeracia).



Na avaliação biopsicossocial, espiritual e cultural deve fazer-se a adequação do processo ao indivíduo, tendo em conta o seu interesse, a utilidade, a oportunidade temporal, o tipo de linguagem, a estrutura, e devemos ir ainda mais longe nesta compreensão, o que implica conhecer como o cérebro humano funciona e ir às suas raízes.

As imagens aparentemente inócuas que nos rodeiam, do dia-a-dia, atuam no nosso subconsciente (Martin Lindstrom). Temos, aquilo que António Damásio e outros investigadores que trabalham no campo das neurociências designam de «marcadores somáticos» nos nossos cérebros, que despertam e ligam vários pontos, sejam ambientes, qualidade de apresentação, origens, culturas, limpeza, materiais, entre outros.

ESTÍMULOS DIVERSOS OBRIGATÓRIOS



Ilustração 5 - A importância das diferenciação de estímulos, esquema da autora.

E a Comunicação em Saúde, no caminho da literacia em saúde, deve precisamente trabalhar com estas percepções, expectativas e desejos. A percepção por si não gera necessariamente uma decisão, mas gera um estímulo, permitindo assim que, pela emoção causada, o indivíduo se decida, e é nesse processo que é elaborado o posicionamento: que é aquilo que queremos, que os nossos produtos, serviços, instituições ou mesmo indivíduos signifiquem para os outros. Este é o caminho para pensarmos na literacia em saúde e na capacitação dos indivíduos.

Qual o marcador que queremos acionar nos outros? Depois do estímulo e da percepção ativada, o que fazer para reter essa informação? Ativam-se assim os campos da memória e da motivação. A memória no processo cognitivo:

1. Codifica a informação advinda da experiência;
2. Armazena-a, com um formato apropriado;
3. Recupera-a e utiliza-a em ações sobre o mundo.

Podemos perguntar: Qual a predominância da sua memória? Auditiva? Lembra-se mais de sons? Visual? As imagens fazem parte da sua memória? Olfativa? Lembra-se de alguns cheiros? Os seres

humanos têm, pelo menos, cinco pistas de gravação: imagem, som, cheiro, paladar e tato. Para estimular tudo isto, a motivação é essencial. A Motivação empurra a ação do sujeito. O que queremos que ele faça? A motivação é o impulso para alcançar os seus objetivos. Os motivos ‘empurram’ os comportamentos. Se a memorização implica emoção, os destinatários têm de ser motivados então, consideramos que é muito importante integrar nas estratégias comunicacionais estímulos visuais, sensoriais e cognitivos.

Neste processo é necessário trabalhar os cinco sentidos, e aqui entramos no campo mais vasto dos neurónios espelho. Descobertos em 1999 por Giacomo Rizzolatti, os neurónios espelho (n.e.) foram importantes para a compreensão de quatro vectores:

- 1) A importância do toque.** Os n.e. estão no córtex somatossensorial que regista o toque (daí a importância do toque nos anúncios televisivos);
- 2) A importância do movimento.** Uma porção dos neurónios do córtex pré motor estão ativos durante a observação de movimentos de outras pessoas;
- 3) A importância das emoções.** Quando uma pessoa vê outra a expressar emoções, as áreas do cérebro associadas ao sentir dessa emoção são activadas;
- 4) A importância das intenções.** Os n.e. ajudam a pessoa a distinguir intenções diferentes em movimentos semelhantes (por ex.: Se alguém está cair, é a brincar ou é a sério?).

Para além deste domínio que tem tido várias correntes e interpretações, sabemos que o processo de decisão tem uma componente racional, sensitiva, e outra mais primitiva (reptiliana) onde se processa o fator de decisão do indivíduo perante uma escolha. Renvoisé (2009) sublinha que este «cérebro primitivo» é o que decide.

E quais são as suas características? O autor elenca-as da seguinte forma:

- 1. Egocêntrico:** o cérebro primitivo é egocêntrico, só tem interesse por aquilo que tem diretamente a ver com o seu bem-estar e a sua sobrevivência, nada mais.
- 2. Contraste:** o cérebro primitivo é sensível a contrastes, como antes/depois, arriscado/seguro, sério/brincalhão, lento/rápido. As oposições permitem-lhe tomar decisões, sem riscos. Sem oposições o cérebro fica confuso e adia a decisão.
- 3. Tangível:** o cérebro primitivo gosta de informações tangíveis, busca permanentemente o familiar a amigável, o rapidamente reconhecível e o concreto e imutável.
- 4. Início e fim:** o cérebro primitivo lembra-se do início e do fim de um acontecimento, mas geralmente esquece depressa tudo o que se passa no meio. Assim, é preciso situar o importante no princípio e depois, no final, e depois reforçar ou repetir a ideia. Por ex: numa conversa com o doente, o mais importante deve vir no início e ser repetido no final, reforçando com o método do *teach back*, através de uma informação curta, incisiva com esta técnica, para melhor memorização.
- 5. Visual:** o cérebro primitivo é visual. Muitas vezes o nervo ótico reage antes do cérebro racional reconhecer a imagem (sobretudo em situações de perigo).
- 6. Emocional:** o cérebro primitivo reage fortemente às emoções. A emoção provoca uma reação química no cérebro que influencia diretamente a maneira como processamos e memorizamos as informações.

É benéfico utilizar o marketing sensorial, onde são utilizadas imagens, textos, sons numa estimulante e emocional combinação de meios.

Outra forma de se procurarem resultados mais consistentes, é aproveitar as boas práticas internacionais. Neste campo, as intervenções eficazes financeiras e não financeiras o grupo de especialistas do Community Guide têm dado recomendações sobre as intervenções mais eficazes, através de revisões sistemáticas de conteúdos de serviços de prevenção, saúde pública, promoção da saúde e prevenção de doenças.

MÉTODO PARA MELHORAR COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO

A TÉCNICA ACP

Com a técnica ACP os profissionais das áreas da saúde ficam mais habilitados a comunicar e a estimular os seus destinatários para uma melhor compreensão e tomada de decisão. Observamos que a relação torna-se mais positiva. As áreas da técnica ACP, tal como a sigla indica são as seguintes:

A ASSERTIVIDADE

O comportamento e linguagem assertiva e positiva pode ser definida como aquela que envolve a expressão direta, pela pessoa, das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões sem que, ao fazê-lo, ela experiencie ansiedade indevida ou excessiva, e sem ser hostil para o interlocutor. No comportamento assertivo diz-se o que se tem a dizer, sem medo, sem conflito, sem agressividade.

No comportamento assertivo é necessário verificar se os outros estão a entender a mesma informação. Tornamos o nosso pensamento e palavra mais transparentes aos outros, e cingimo-nos aos factos e não às emoções. É preciso ainda ter abertura para trocar *feedback* sempre que for necessário. É importante falar abertamente com o interlocutor ou o grupo quando surgem dúvidas e esclarecer quando se verifica que há mau entendimento.

O processo de comportamento assertivo passa pelo desenvolvimento de competências técnicas e de uma perceção mais humanizada do ambiente envolvente, e consiste em sistematizar os passos para uma mudança de postura em relação às atitudes e aos comportamentos que devem ser adotados junto dos clientes/utentes/pacientes.

Na realidade, é o esforço de aumento de competências relacionais, da linguagem verbal e paraverbal, de uma atitude empática e de técnicas linguísticas, assentes na positividade e na clareza do profissional, que vão permitir aumentar a literacia do destinatário da intervenção e da sua compreensão pelo mundo que o rodeia.

Num primeiro passo é necessário que o profissional faça uma avaliação da sua forma de agir/intervir junto dos seus utentes/clientes e desenvolva, de uma forma progressiva e consciente, uma capacidade e perfil «assertivo». Este é um campo que permite ser desenvolvido com várias técnicas (nomeadamente a gestão de conflitos) onde os comportamentos e a linguagem assertiva podem ser preparados e trabalhados. Pode não ser inato, pois os indivíduos apesar de geneticamente terem características mais positivas ou mais pessimistas, têm capacidade para desenvolverem competências de assertividade. Esta é passível de ser treinada e trabalhada. As técnicas de assertividade têm a ver com a nossa postura interior, com o processo endógeno do indivíduo e da sua relação com o ambiente.

Sabemos também o que não é considerado assertivo, nomeadamente a passividade, a agressividade e a manipulação.

A assertividade passa pela ‘linguagem’ do corpo, por toda a comunicação não-verbal, que é uma forma não discursiva da linguagem e em que depende das capacidades visuais dos intervenientes. Neste processo de comunicação não-verbal, fazem parte do «veículo»: o corpo, as características físicas, os movimentos, a apresentação e adereços, o espaço, o ambiente, a distância entre as pessoas.

Sabemos que a comunicação em saúde é mais efetiva quando chega às pessoas tanto de uma forma racional como emocional.

A CLAREZA

O que é uma Linguagem clara e acessível? É a comunicação que os utilizadores entendem à primeira.

Em 2013, um estudo da Comissão Europeia, resultou no guia da linguagem clara «Escrever Claro» onde existem várias indicações para se escrever de forma clara e acessível. Entre outras, as indicações apontam para a utilização de palavras simples, da substituição dos substantivos por verbos.

Também os suportes físicos e digitais deverão ser claros e orientadores.

As pessoas preferem ter orientações por etapas claras do que linguagem confusa, difícil de compreender e não enquadrada. É sempre preferível, tendo em conta os estádios de mudança de comportamentos, que sejam dadas as indicações de como as pessoas podem mudar os seus comportamentos.

A POSITIVIDADE

As mais-valias da «linguagem positiva».

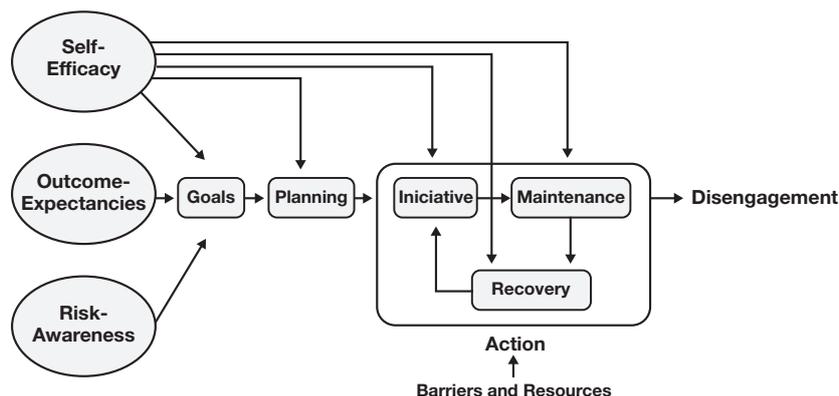


Ilustração 6 - HAPA - Health Action Process Approach. Schwarzer, R. et al (2003).

A comunicação positiva e a utilização da voz ativa visam trabalhar sobre os comportamentos e ações que o destinatário deve ter, e que são conseguidas pela positiva. Podemos elencar que a Regra n.º 1 diz respeito ao focus nos comportamentos e ações.

Quando desejamos ativar o comportamento do outro, para além de entender em que estadió da mudança essa pessoa se encontra (HAPA – Health Action Process Approach, 2008), a primeira pergunta que devemos fazer consiste: «Qual é o comportamento positivo que desejo que o meu «alvo» tenha? / Qual o benefício que o meu destinatário vai ter com isto / esta ação / intervenção?»

Precisamos de relembrar as regras simples: antes de desenvolver alguma ação para criar algum evento, ou documento de divulgação, orientação ou de influência, é preciso avaliar quem são os seus destinatários (público-alvo) e o que pretendem ou precisam de ver esclarecido.

É relevante que se converse com um grupo de destinatários da informação/ação a ser desenvolvida, antes de se desenharem os materiais de comunicação. O ideal seria constituir um pequeno grupo de opinião prévia, para se avaliar o que se pretende lançar. Com esse *focus group* pode determinar-se que tipo de informação este público-alvo precisa de saber? Como é que vai ser usada? É preciso também fazer o pré teste das mensagens e serviços, para ter um cabal *feedback*. E após esta sondagem, se existirem razões, vale a pena afinar e adaptar os conteúdos para que o efeito pretendido tenha mais garantias. Quanto pouparíamos em tempo, esforços, dinheiro em atividades e suportes se houvesse esta metodologia?

objetivos	destinatários	informação/ /comunicação
<ul style="list-style-type: none"> Mudança de atitudes ou comportamento? Qual o estadió de mudança? 	<ul style="list-style-type: none"> Qual o público alvo a quem são dirigidas as ações 	<ul style="list-style-type: none"> O que realmente interessa a este tipo de público? O que precisam mesmo de saber e compreender?

Ilustração 7 – Processo de reflexão prévio para intervenções de comunicação em saúde. Esquema pela autora.

Se não conseguir-se fazer este processo de forma prévia, isto é antes de publicar ou fazer a ação, podem depois os pós-testes avaliar a eficácia da informação (Cloze test). Também é importante controlar a quantidade de informação e usar linguagem acessível e simples. As técnicas de linguagem escrita/digital podem ser aproveitadas das mensagens verbais através do uso das palavras comuns. Mesmo as pessoas com maior literacia preferem textos simples e claros (Doak, Rooter, 1996):

- Use a palavra «deve» e «é necessário» para dar indicação para as ações;
- Não use siglas sem explicar conteúdo ou resumo desse significado;
- Evite «jargões» técnicos;
- Limite o número de mensagens (2 ou 3 mensagens principais);
- Divida os textos em pequenos blocos, com vários subtítulos;

- Dê espaçamento (arejamento) ao texto;
- Não corte palavras entre linhas;
- Use «bullets» em vez de letras maiúsculas em todo o texto;
- Não use sombras ou padrões confusos debaixo do texto;
- Faça um bom contraste entre a fonte e o fundo do suporte;
- Evite % (1 em 10 é preferível que 10%);
- Destaque as ideias principais;
- Use fonte «sans serif» na fonte de informação em suporte digital;
- Se fizer um documento para computador (transformar em pdf e colocá-lo *on line*) não divida em colunas pequenas pois dificulta leitura;
- Evite fazer o scroll;
- Limite o comprimento da linha entre 40 e 50 caracteres;
- Garanta que o comprimento do texto na página se ajusta ao tamanho da janela e da nossa visão.
- Deixe bastante espaço em branco ao redor das margens e entre as sessões;
- Tenha atenção ao tamanho das fontes: Utilize pelo menos fonte de 12 pontos/texto; 16 a 18 pontos nos subtítulos; 20 a 24 pontos nos títulos;
- Coloque o texto tipo «Pergunta – Resposta», pois ajuda a leitura e compreensão – Pergunta: Resposta.;
- Use recursos visuais que ajudam a transmitir a sua mensagem e considere a importância das imagens acessíveis;
- Use imagens familiares ao público-alvo; Qualquer texto pode conter imagens, desde que estas estejam integradas no sentido do texto e que sejam coerentes com o texto;
- Certifique-se de colocar as imagens no contexto;
- Ilustre bem. Ao ilustrar partes do corpo interno, incluir também a parte externa do corpo.

A maior parte das crianças até aos seis anos tem na mente uma palavra que se repete, que lhe repetem os adultos até quase à exaustão: «Não!» Não faça isso, não faça aquilo, não suba a árvore, não grites, não chores, etc, etc. O cérebro habituou-se tanto a esta palavra que quando somos adultos, continuamos o padrão, «Não molhe o braço», «Não coma muito», «Não fume» «Não seja sedentário», etc. O padrão do «não» continua presente sistematicamente, e temos constatado que as várias mensagens em saúde não surtem efeito, ou é mínima a retenção.

Numa mente enfastiada e saturada de «nãos» instalada desde a primeira infância, quando ouvimos alguém a dizer-nos «não faça isso» a mensagem evapora-se ou dilui-se num invisível caminho de despejo mental das palavras são efeito. E a motivação para adotarmos atitudes saudáveis e comportamentos que promovam a nossa saúde e bem-estar fica como que desligada dos nossos impulsos para agir. Sem motivação, não acionamos os nossos comportamentos, e os resultados de tantas campanhas e ações ficam lançadas ao vento, que as leva sem deixar sementes de mudança. São evidentes as mais-valias da «linguagem positiva» da voz ativa e do comportamento assertivo, que reúnem em si ingredientes estimulantes para que o destinatário, nos passe a ouvir, tenha uma maior abertura da sua mente para compreender e adotar comportamentos mais saudáveis.

CONCLUSÃO

QUE ATIVIDADES PROMOTORAS DA LITERACIA EM SAÚDE?

1. Investir na relação direta interpessoal com o destinatário com (muita) partilha de dados nos avanços da saúde, bem direcionada aos segmentos (isto significa que tem de ser direcionada a quem interessa);
2. Ter em atenção a envolvente (técnicas do marketing sensorial): pessoas – evidências – processos;
3. Desenvolver parcerias entre a organização e a envolvente. Que parceiros se podem associar? Que sinergias poderão beneficiar todos?
4. Desenvolver ações para os «pares». Os que estão ao mesmo nível e beneficiam de interação efetiva. Partilhas – novidades e desenvolvimento;

5. Promover regulamentação adequada através dos canais privilegiados. Associações profissionais têm aqui um relevante papel;
6. Formação contínua de profissionais para a uma melhor literacia em saúde – técnica ACP, marketing e literacia em saúde, outras;
7. Estimular o associativismo: polo de energia positiva e dinamizador de novas ideias e aplicabilidade com custos controlados – boas práticas
8. Desenvolver uma relação com os media positiva, proactiva e regular. Há sempre «boas» notícias a partilhar.
9. Promover educação para a saúde. A começar com as escolas. Formas sensoriais e criativas. Equilíbrio entre o que interessa a este tipo de população e o que é importante saberem;
10. Promover ações na comunidade e nas «comunidades», junto dos contextos;
11. Desenvolvimento de soluções digitais. Optimizar vantagens das redes sociais. Aumentar interação com internet e restantes meios digitais – sms, youtube, facebook, instagram, etc..
12. Incluir a literacia em saúde nos programas de acolhimento e desenvolvimento dos colaboradores.
13. Desenvolver bases de dados bem segmentadas para se poder «distribuir» informação pelos segmentos específicos.
14. Importância da ALV – Aprendizagem ao Longo da Vida – existindo uma necessidade de desenvolver as competências contínuas dos profissionais, que se baseia numa formação feita à medida.

O dia 8 de Setembro foi designado pela organização das nações unidas como o dia internacional da literacia.

BIBLIOGRAFIA

- DAMASIO, A. (2003). Ao encontro de Espinosa. Temas e Debates. Circulo dos Leitores.
- DAMASIO, A. (2010). O livro ad Consciência. A construção do cérebro consciente. Temas e Debates. Circulo dos Leitores.
- DOAK., ROOTER. (1995) Teaching patients with low literacy skills, 2nd edition
- CARDOSO, R. MOTA. (2012). Competências Clinicas De Comunicação, Ed. Fmup
- FRAZZETO, GIOVANNI. (2014). Como Sentimos. O que a neurociência nos pode, ou não, dizer sobre as nossas emoções. Bertrand Editora.
- MARQUES, S., BERBNARDES, S., LIMA, L., (2014) Psicologia Social da saude, Investigação e Intervenção em Portugal. Vol 1. Ed Silabo.
- OECD (2016), Skills at work: How skills and their use matter in the labour market., Oecd Social, Employment, And Migration Working Papers No. 158.
- OLIVEIRA, N. BRAGA Os Cinco Sentidos no Marketing: A Importância dos Estímulos Multissensoriais para Despertar a Emoção e Gerar Inclusão Social., Centro Universitário. Instituto de Ensino Superior de Brasília.
- RENVOISÉ, P., MORIN, CHRISTOPHE. (2009). NeuroMarketing. Ed. Smartbook.
- RODRIGUES, F. (2013). Princípios de Neuromarketing, neurociência cognitiva aplicada ao consumo, espaços e design, Ed. Bookmark.
- SCHWARZER, R. ET AL (2003). On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting an Investigation. Freie Universität Berlin.



Pósteres

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA CONSULTA DE DOR CRÓNICA DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - PÓLO HOSPITAL DE CURRY CABRAL

Cristina Vieira

Introdução: Estudos demonstram a fraca adesão geral da população portuguesa à terapêutica, tal como nos países desenvolvidos, onde o valor ronda os 50% (desconhecem-se estudos para a Dor Crónica) de acordo com WHO (2003) citado por Dias (2011).

Objetivo: Avaliar a adesão ao regime terapêutico na segunda consulta multidisciplinar da Consulta de Dor Crónica (CDC) do CHLC-HCC, identificando os fatores que poderão estar relacionados com a menor adesão.

Material e Métodos: É um estudo retrospectivo, quantitativo cujos critérios de inclusão são: 1.ª comparência da pessoa nas consultas médica e de enfermagem no 1.º trimestre de 2016, inexistência de contactos anteriores com outras CDC, possuir dor moderada a severa.

As variáveis são: idade, género, n.º de pessoas com patologia não oncológica (PNO) e oncológica (PO), n.º de dias entre a receção do pedido de CDC e a 1.ª consulta, n.º de dias entre a 1.ª e a 2.ª consulta médica, n.º de dias entre a 1.ª consulta de enfermagem e a reavaliação (via telefónica), n.º de pessoas com falta injustificada, n.º de pessoas com seguimento em Consulta de Psicologia.

A adesão analisou-se através dos registos clínicos da 2.ª consulta e classificou-se em total (cumprir as indicações dos profissionais de saúde), parcial (suspende por iniciativa própria a terapêutica e/ou não informa alterações relevantes) e não adesão (não cumprir as indicações dos profissionais e/ou falta às consultas). Tendo em conta as considerações éticas necessárias, os dados foram recolhidos no dia 22 de Abril.

Resultados: Dos 299 contactos de enfermagem e 34 de pessoas em 1.ª consulta apenas 26 são elegíveis para o estudo.

O género feminino e a PNO foram prevalentes (80,8%), sendo que a idade média é de 61 anos.

O tempo entre a receção do pedido de CDC e a 1.ª consulta multidisciplinar foi em média de 37,8 dias para PNO e de 7,25 dias para PO.

O n.º de dias entre a 1.ª e a 2.ª consulta médica foi de 29,4 dias para pessoas com PNO e de 17,7 dias para PO.

O n.º de dias entre o 1.º e o 2.º contacto de enfermagem foi de 10,8 dias para pessoas com PNO e de 4,75 dias para PO.

A consulta de Psicologia da Dor Crónica foi aceite por 9 pessoas (34,6%).

A adesão total verificou-se em 65,3% (n=17), a adesão parcial em 26,9% (PNO - 18,2%, PO terminal - 75%) e a não adesão em 7,7% (n=2).

Conclusão: O índice de adesão total foi de 65,3%, isto é, superior à média europeia. Pelo facto de a amostra ser pequena, não se podem inferir outras conclusões, se bem que a resposta rápida aos pedidos de CDC, as reavaliações multidisciplinares céleres são fatores positivos.

Bibliografia

- Alves, M. T. (2014). *A Consulta de Enfermagem ao Paciente com Dor Crónica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem, Brasil. Acedido em 21 de Abril 2016, <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/112142/000953704.pdf?sequence=1>
- Dias, A. M., et al. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Acedido a 21 de Abril 2016, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Kurita, G.P. & Pimenta, C.A.M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crónica e o locus de controle da saúde. *Revista Escolar de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 38, 254-61. Acedido a 21 Abril 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/03>.

ALTERAÇÕES ALIMENTARES NA PESSOA COM DEMÊNCIA GRAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Daniela Ferreira

Introdução: A demência é a principal causa de dependência e incapacidade na pessoa idosa (WHO, 2012). A progressão da demência é acompanhada por um declínio contínuo de capacidades, surgindo alterações no comportamento alimentar, que conduzem a um risco acrescido de desnutrição. O cuidado de enfermagem à pessoa com demência grave deve promover a manutenção da ingestão nutricional adequada e simultaneamente garantir o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa (Volkert et al., 2015).

Objetivos: Caracterizar as alterações alimentares que surgem com a progressão da demência e as suas consequências na qualidade de vida da pessoa; demonstrar através da evidência científica, os melhores cuidados de enfermagem em pessoas com demência grave, com alterações alimentares.

Material e Métodos: Revisão teórica da literatura através da pesquisa bibliográfica em sites internacionais de referência da especialidade: International Psychogeriatric Association, National Collaborating Centre for Mental Health e World Health Organization; e da pesquisa nas bases de dados: EBSCO, PUBMED, Science Direct e b-on e seleção de artigos publicados em revistas da especialidade entre 2006 e 2016, que abordam as alterações alimentares na pessoa com demência. Foram utilizados os seguintes descritores validados na plataforma descritores em ciências da saúde: Dementia, Eating, Enteral Nutrition e Supplementary Feeding.

Considerações éticas de acordo com Nunes (2013): Garantia da correta citação e referência dos autores. Não observância de plágio.

Resultados: As principais alterações no comportamento alimentar que surgem na demência grave são a agnosia, apraxia, disfagia, problemas comportamentais na refeição e a recusa alimentar. Estas alterações comprometem a ingestão nutricional adequada e levam ao aumento do risco de morbidade e mortalidade (Volkert et al., 2015). Os cuidados de enfermagem passam pela abordagem ABC (Antecedent-Behavior-Consequence) através de uma avaliação individual da pessoa idosa. Deve ser mantida a ingestão oral durante o maior tempo possível (International Psychogeriatric Association, 2012). Os suplementos nutricionais orais são recomendados para melhorar o estado nutricional da pessoa. A comida deve ser atraente e adequada num ambiente agradável, com o apoio adequado de enfermagem. A nutrição artificial por sonda não deve ser utilizada em pessoas com demência grave ou em a fase terminal de vida em que a disfagia ou recusa alimentar é uma manifestação da gravidade da doença (Volkert et al., 2015; Volker et al, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Devem ser tidos em conta os princípios éticos e legais na tomada de decisão sobre o apoio nutricional à pessoa com demência (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007).

Conclusões: A redução da ingestão alimentar é esperada nas situações avançadas da demência, pelo que a avaliação das necessidades nutricionais deve ser adaptada a

cada pessoa. A prática de Enfermagem baseada na evidência, é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, adequados ao estadió da doença, proporcionando maior qualidade de vida à pessoa com demência.

Bibliografia

- International Psychogeriatric Association (2012). The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). Dementia: a NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline number 42. UK: The British Psychological Society. Acedido a 11/04/2016 em: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementiafullguideline.pdf?res=true>.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setubal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., Cederholm, T., Bertrand, P. C., Milne, A.,... & Krysl, U. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition*, 25(2), 330-360.
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H.,... & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052-1073.
- WHO (2012). Dementia: a public health priority. Acedido a 11/04/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

CAPACITAR A PESSOA/PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE A DISREFLEXIA AUTÓNOMA

Ana Figueiredo; André Galego; Marta Salvado

Introdução: A Disreflexia Autónoma é uma emergência médica, caracterizada por uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático, a um estímulo nociceptivo abaixo do nível de lesão medular, em pessoas com lesão medular a nível cervical ou dorsal alta, acima de T6. Pode ocorrer a qualquer momento após o período de choque medular. É considerada uma emergência médica dado que, caso não seja rapidamente diagnosticada, tratada e revertida a sintomatologia pode resultar em morte (por convulsões, edema agudo do pulmão, hemorragia subaracnoideia, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio ou paragem cardíaca), o que torna muito importante o seu destaque.

Objetivo: Divulgar os cuidados de enfermagem a pessoa com lesão medular e/ou prestador de cuidados sobre a Disreflexia Autónoma.

Materiais e Métodos: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foi consultada bibliografia pessoal dos autores, usando como descritores “traumatismos da medula espinhal” e “disreflexia autonómica”.

Resultados: Os ensinamentos prestados consistem em instruir estes sobre o que é a Disreflexia Autónoma, quais as principais causas [distensão vesical, distensão intestinal, alterações da integridade da pele (feridas, unhas encravadas), roupa e calçado apertados, infeções], quais os sinais e sintomas mais frequentes [HTA, bradicardia, cefaleia intensa, palidez na zona abaixo da lesão, sudorese acima da lesão, visão turva, arrepios sem hipertermia], quais as principais estratégias de prevenção da mesma [manter algália e saco íntegros; cumprir normas de cateterismo vesical; cumprir

treino intestinal; manter a pele íntegra; evitar roupa e calçado apertado; vigiar sintomatologia de infeção], quais os cuidados a prestar nesta situação [sentar-se num ângulo de 90° e pernas pendentes; retirar meias elásticas, roupa e calçado apertado; encontrar o estímulo desencadeante e removê-lo]. Segundo o 4.º artigo do Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010), o Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais, capacitando-as e maximizando as suas capacidades de modo a torná-las mais autónomas. O que vai de encontro ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (2015), que refere que a missão da enfermagem de reabilitação tem por base a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o auto cuidado e a prevenção de complicações, minimizando incapacidades ou evitando-as.

Conclusão: Com este poster pretende-se divulgar os cuidados a ter em pessoas com lesão acima de T6, de modo a capacitá-la assim como o prestador de cuidados sobre os cuidados a ter com Disreflexia Autónoma.

Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série, nº 119, 16655-16660.
- Greve, J. (2007). *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo, Brasil: Roca.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS

CUIDADOS PALIATIVOS: O FIM OU O CAMINHO?

Filipa Santos

Introdução: O aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas promove a discussão sobre a eutanásia, um acto de misericórdia que pretende terminar com o sofrimento/dor numa fase terminal da doença, esquecendo-se de que a dor pode ser tratada.

Esta temática faz-me reflectir sobre o rumo dos cuidados paliativos. Estarão estes a chegar ao seu fim quando ainda mal começaram a erguer-se?

Objectivo: Este trabalho tem como objectivo sensibilizar os enfermeiros para a adopção de medidas paliativas nos seus contextos de trabalho.

Material e métodos: Foi efectuada uma revisão de literatura, utilizando base de dados electrónica como o Google Académico, o repositório científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Scientific Electronic Library Online, as Revistas das Universidades Lusíada e a base virtual do Hospital São João Evangelista. Para esta revisão foram analisados artigos associados às palavras-chave: eutanásia, cuidados paliativos, ética, sofrimento e desespero, para um horizonte temporal de 10 anos, entre 2004 e 2014.

Resultados/Desenvolvimento: Segundo a Organização Mundial de Saúde “cuidados paliativos são aqueles que procuram atender as necessidades dos pacientes terminais por meio de alguns princípios, tais como: cuidados para não acelerar e nem prolongar com medidas desproporcionais a morte, aliviar dores, fornecer suporte psicológico, espiritual e familiar” (Ferreira, 2012).

Já o Comité de Ética da Associação de Cuidados Paliativos afirma que eutanásia é quando “um médico intencionalmente mata uma pessoa pela administração de drogas devido a um pedido voluntário e competente da mesma” (Meleiro, Teng & Wang, 2004, p. 209).

Ferreira, citando Serrão, defende que a “maioria dos doentes terminais recebe mais a dor do que a morte e cita casos em que o sofrimento não mitigado nos hospitais (...) leva os pacientes a solicitarem a eutanásia”, justificando o seu pedido pela dor física e neurológica, sofrimento e o esgotamento do projecto de vida pessoal. A eutanásia revela paradoxalmente o poder da morte perante a impotência de superar a dor, a solidão e a angústia. Então, o doente não deseja morrer, mas sim deixar de sofrer! Esse é o grande objectivo dos Cuidados Paliativos, preservando o valor da vida, a humanização da despedida e a dignidade do indivíduo.

Ouvir com respeito um pedido de eutanásia não significa concordar mas sim investigar o seu significado e origem, alcançando a solução do problema.

Cuidados paliativos e enfermagem, significam cuidar! Eutanásia é a fuga fácil enquanto cuidar é o caminho comprovado pela “...experiência das unidades que praticam medicina paliativa, onde os pedidos de eutanásia são inexistentes” (Simões, 2007) e onde é respeitada a utilização dos 5 Cs: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso.

Conclusão: O sistema nacional de saúde tem por obrigação prestar cuidados de excelência. Face as necessidades da nossa sociedade, isso passa pela emancipação dos cuidados paliativos, sendo urgente apostar na formação dos profissionais nesta área.

Caso contrário, concordamos com a desvalorização da vida traduzindo-se numa indiferença da sociedade que levará os doentes a pedir a morte.

Bibliografia

- FERREIRA, V. L. P. (2012). A eutanásia e os cuidados paliativos. *Lusíada. Direito (Porto)*, (5-6), 323-331.
- MELEIRO, A.M.A.S.; TENG, C. T.; & WANG, Y. P. (2004). *Suicídio: Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 207-215.
- SIMÕES, Â. (2007). Os Cuidados Paliativos como acolhimento ao pedido de eutanásia. *Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética*, 18, 363-374.

IMPACTO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA

Florbela Romão; Graça Marrão; Maria Inês Pereira

Introdução: A úlcera por pressão tem um impacto considerável a nível socioeconómico, na qualidade de vida da pessoa e traduz-se na gestão de um problema grave, o que constitui um desafio para os profissionais de saúde (Couvreur, 2001). Existem fatores que interferem com a autoimagem e com o

papel social, tais como a realização de pensos, presença de exsudados, odores e dor (Menoita, 2015). Abordaremos o percurso de uma pessoa submetida a terapia por pressão negativa, executada pela primeira vez na Unidade Funcional de Medicina 7.2 e que constituiu um repto para a equipa.

Objetivo: Verificar o impacto da terapia por pressão negativa numa pessoa com úlcera por pressão.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo de caso (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Foi incluído um senhor do género masculino, de 57 anos, que vive com esposa, principal cuidadora, em condições precárias. Está reformado por invalidez, com paraplegia há 34 anos por suposto Acidente vascular medular. Necessita de ajuda da esposa para realizar as suas atividades de vida, incluindo as transferências para cadeira de rodas, onde permanece a maior parte do dia a cuidar das suas aves de estimação, agora comprometidas pelo agravamento das feridas. Apresenta úlceras por pressão de grandes dimensões de categoria IV na zona sagrada e isquiopúbica desde 2004, infetadas, com odor, exsudado e dor. Em contexto de auto esvaziamento vesical registam-se infeções urinárias de repetição. Colostomizado e em programa de hemodiálise, acontecimentos com um impacto negativo na sua vida, resultando num isolamento social. Foi submetido a terapia de vácuo, durante 60 dias com realização de penso duas vezes por semana. Foi pedido consentimento informado à pessoa, tendo sido explicados os objectivos do tratamento e do estudo de caso.

Resultados: O internamento na Unidade de Medicina 7.2 foi durante 147 dias. Durante 87 dias a antibioterapia e a execução de pensos com material convencional não mostraram melhorias significativas. Após discussão em equipa inicia-se terapia de ferida por pressão negativa durante 60 dias, o que motivou a necessidade de formação. Na preparação para a alta capacitou-se a cuidadora para a prestação de cuidados, agendou-se apoio domiciliário e foi assegurado transporte do Hospital para a realização de pensos na Consulta Externa com o enfermeiro de referência, com o propósito de proporcionar a continuidade dos cuidados. Foi realizado follow-up e, atualmente, apresenta uma úlcera com cerca de 2 cm, segundo informação do próprio. O utente adquiriu progressivamente a sua autonomia, as atividades lúdicas e sem reinternamentos no último ano.

Conclusão: Foi permitido à pessoa a continuidade do tratamento em ambulatório, reduzindo-se o tempo de cuidados e gasto de material na realização de tratamentos convencionais com melhoria na sua autoestima e conforto. A úlcera por pressão não deve ser avaliada isoladamente, mas tendo em conta o contexto de bem-estar geral da pessoa (Menoita, 2015), maximizando as suas capacidades e contribuindo para a restauração de níveis ótimos de saúde, funcionalidade e autorrealização (Meleis, 2005).

Bibliografia

- Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

PERFIL DOS UTENTES COM PATOLOGIA AUTOIMUNE SOB TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA SEGUIDOS NA CONSULTA EXTERNA

Carla Barbosa; Carla Gonçalves; Isabel Chambel; Manuela Luís

Introdução: Doenças autoimunes são patologias heterogênicas crónicas que podem vir a necessitar de terapêutica biotecnológica. Estão frequentemente associadas a várias comorbidades das populações em geral e aumentam o risco cardiovascular. Por sua vez as terapêuticas biotecnológicas associadas, aumentam o risco de infeções e podem resultar em reações adversas. O utente submetido a este tipo de terapêutica, necessita de ensino e intervenção ao nível de uma Consulta de Enfermagem. A nossa abordagem incide na educação do utente, com vista à mudança de comportamento e hábitos de vida. Temos ainda como objetivo, ensinar o utente a autoadministrar a terapêutica subcutânea ou administrar terapêutica endovenosa. Atendendo à dificuldade em obtermos indicadores relativos à satisfação dos nossos utentes, pretendemos desenvolver um modelo de questionário que de modo sintético permita recolher informações relativas à mesma. O modelo de questionário proposto compreenderá três seções: uma primeira de caracterização geral dos utentes; uma segunda de avaliação da qualidade dos serviços prestados e uma última de identificação de aspetos a melhorar na nossa consulta.

Temos como objetivo conhecer o perfil dos utentes com doença autoimune sob terapêutica biotecnológica seguida na consulta de enfermagem.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo com caracterização da população de doentes seguidos em consulta de autoimunes, relativamente a: sexo, diagnósticos e tipo de terapêutica instituída. Nesta colheita de dados foi respeitado o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

Resultados: Foram incluídos 140 doentes a fazer terapêutica biotecnológica, dos quais 43 homens e 97 mulheres. Do total da população, 89 fazem terapêutica subcutânea (34 homens e 55 mulheres) e 51 fazem terapêutica endovenosa (43 mulheres e 9 homens). A prestação de cuidados de enfermagem ao nível do ensino centrou-se nos utentes com as seguintes patologias: artrite reumatoide, artrite psoriática, doença de crohn, lúpus, espondilite anquilosante, colite ulcerosa e outras menos frequentes.

Conclusão: É importante conhecer o perfil dos utentes que vão às consultas de enfermagem, para adequar os cuidados. O foco de atenção da Consulta de Enfermagem ao Utente com patologia auto imune centra-se basicamente na educação para a saúde, na mudança de estilos de vida e na prevenção, aspetos fundamentais para proporcionarmos aos utentes uma melhoria da qualidade de vida. Pretendemos divulgar o trabalho desenvolvido ao nível da Consulta de Enfermagem ao utente com doença autoimune sob terapêutica biotecnológica. No futuro esperamos conseguir construir uma base de dados sobre as comorbidades mais frequentemente encontradas como o tabagismo, o excesso de peso, índice de massa corporal, hipertensão arterial e risco cardiovascular.

Bibliografia

- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, versão 2007: Prevenção da Doença Cardiovascular, Recomendações Europeias para a prevenção de doenças cardiovasculares.
- <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255113001522/S300/> - Consultado em Maio 2016.
- Finckh, A., & Gabay, C. (2008). At the horizon of innovative therapy in rheumatology: new biologic agents. *Current opinion in rheumatology*, 20(3), 269-275.
- <http://www.nedai.org/informacao.aspx?id=11>
Nedai, 2014- "O que são doenças autoimunes?" site consultado em Abril 2016.

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR DISPOSITIVOS MÉDICOS

Alexandra Seara Almeida; Carla Sofia Gonçalves; Filipa Santos

Introdução: Ao fazer uma revisão da temática, o que vem à mente são úlceras provocadas pela pressão de uma superfície corporal, geralmente de uma proeminência óssea, sobre uma superfície de apoio, o colchão. No entanto nem todas as úlceras se originam a partir do contato de uma superfície de apoio. Podem também surgir a partir da pressão causada por um dispositivo médico.

Baranoski & Ayello e Stephen-Haynes têm verificado que esta problemática tem vindo a crescer. Por um lado devido ao avanço da medicina e por outro lado devido à instabilidade clínica do doente. Porém os artigos existentes são ainda reduzidos, sendo imperioso mais estudos

Objetivo: Despertar para a importância da prevenção das úlceras por pressão provocadas por dispositivos médicos.

Material e Métodos: Foi efetuada uma revisão narrativa da literatura através do Google Académico sendo analisados artigos associados às palavras-chave: dispositivos médicos, úlceras por pressão, prevenção, tratamento. Num horizonte temporal de 10 anos.

Resultados: Salientam-se os seguintes dispositivos médicos como sendo os mais comuns causadores de úlceras por pressão: ventilação não invasiva, óculos e máscaras nasais, traqueostomia, cateteres venosos periféricos e algalias. Desta forma as úlceras mais frequentes ocorrem na cabeça e pescoço e portanto nem sempre associadas a uma proeminência óssea (Fletcher, 2012).

São geralmente úlceras superficiais, de categoria I e II, e usualmente revelam a forma do dispositivo envolvente.

Fatores predisponentes estão relacionados com a pessoa, com o profissional e com o material.

Sabe-se que o aparecimento de úlceras por pressão traduz-se em efeitos prejudiciais na vida da pessoa e respetivos cuidadores, com repercussões negativas a nível físico, social, psicológico, financeiro, entre outros. Torna-se desta forma primordial a utilização de medidas preventivas no sentido de minimizar este impacto resultando em taxas de prevalência mais baixas (Menoita, 2015).

Em relação às úlceras por pressão por dispositivos médicos a prevenção revela-se mais inevitável e complexa comparativamente com as causadas por superfícies de apoio. Tal deve-se ao facto do dispositivo ser essencial para a recuperação do doente uma vez que faz parte do tratamento.

A aplicação de pensos como forma de redução de forças de pressão não reúne consenso perante os diversos auto-

res. Uma justificação plausível é a utilização de superfícies de redistribuição de pressão revelando-se mais eficazes para este efeito.

Quanto ao uso de compressas ou cremes opacos na prevenção de úlceras por pressão sabe-se que está desaconselhado (Menoita, 2015).

Conclusão: Ainda não existe um consenso em relação à prevenção deste tipo de úlceras. Porém, contrabalançados os prós e contras, determinados autores apoiam o uso de pensos (hidrocolóide e poliuretanos – películas e espumas) com o intuito de minimizar as forças de fricção e cisalhamento assim como a presença de humidade. E não recorrer ao uso de compressas e pomadas oclusivas uma vez que são mais prejudiciais que vantajosas.

Salienta-se que, esta temática, requer mais estudos para melhor adequar a prevenção e tratamento.

Bibliografia

- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. *Lusodidacta*. Loures. ISBN, 978, 972-8930.
- Fletcher, J. (2012). Device related pressure ulcers made easy. *Wounds UK*, 8 (2), 1-4.
- Menoita, E. (2015). Gestão de Feridas Complexas. *Lusodidacta*. Loures.
- Stephen Haynes, J. (2009). Pressure ulcer prevention within the care home: *Nursing & Residential Care*. N.º 11 p.559.

TOQUE TERAPÊUTICO – REIKI EM ENFERMAGEM

Paulo Salvado

Introdução: Este poster tem como objetivo divulgar este tipo de terapia complementar à medicina convencional, que já se encontra reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como toque terapêutico. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.50), toque terapêutico é definido como "Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos".

Objetivo: identificar os benefícios da integração da prática do Reiki no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Material e Métodos: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foi consultada bibliografia pessoal do autor e biblioteca da Associação Portuguesa de Reiki, usando como descritores "Toque Terapêutico" OR "Reiki".

Resultados: Segundo o Código Deontológico Para Terapeutas de Reiki (2008, p.3), esta "terapêutica complementar e integrativa, onde se depreende que um tratamento é realizado através de uma técnica de contato leve ou, ou mesmo sem contato, do local afetado no corpo. Esta técnica visa realinhar o fluxo de energia vital, trazendo o equilíbrio energético ao corpo e uma sensação de bem-estar geral". Os efeitos desta terapia são sentidos de imediato e diferem de pessoa para pessoa. As pessoas referem sentir várias sensações, ao longo das sessões, como por exemplo, calor, frio, pressão, sonolência, vibrações, entre outras. Ao final de poucas sessões, referem uma sensação de tranquilidade e vigor acrescido, contribuindo para a redução de stress, dor, ansiedade, aumento de energia vital, libertação de emoções e dissolve a causa da doença. O Reiki traz enormes benefícios a todos os níveis, sem qualquer risco para a saúde ou

efeitos secundários. O que vai de encontro a Sousa, Severino, Marques-Vieira (2013), que mencionam os benefícios da prática de Reiki como “benefícios no controlo e gestão da dor; benefícios na pessoa com doença oncológica; benefício na pessoa com Alzheimer; benefícios na pessoa com stress, ansiedade e depressão; benefícios neuroendócrinos e imunológicos e benefícios na pessoa com VIH”.

O Reiki não põe em causa a medicina/tratamentos convencionais, pois é uma terapia complementar/integrativa. O REIKI já é usado em alguns hospitais (nacionais e, principalmente no Reino Unido e Estados Unidos da América), em pessoas oncológicas e os resultados apontam para uma diminuição da dor e da ansiedade, redução dos efeitos colaterais da quimioterapia, sensação de pacificação interior e melhoria da autoestima. É feito sob forma de voluntariado.

Conclusão: Trata-se de um poster de revisão narrativa da literatura, que pretende divulgar uma técnica integrativa na prática de enfermagem, com o intuito de melhoria dos cuidados prestados à pessoa/família para alívio e controlo da dor.

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Reiki. (2008). *Código Deontológico Para Terapeutas de Reiki*.
- Marques, C. (2007). *Manual Prático do Reiki*. S. Pedro do Estoril, Portugal: Gráfica Abreu & Simões, Lda
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sousa, L. M. M., Severino, S. S. P., & Marques-Vieira, C. M. A. *O Reiki como um Contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura*. Revista Nursing Portuguesa, 26 (289), 5 - 12.

USO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DA DOR

Marta Salvado; Paulo Salvado

Introdução: A dor é considerada a 5º sinal vital e é definida, pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.11), como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. Desde sempre que a humanidade procura o alívio da dor. Atendendo à importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, isto é, multidimensional e complexo, a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito na prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Objetivo: Identificar as intervenções não farmacológicas no controlo e gestão da dor.

Materiais e Métodos: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foi consultada bibliografia pessoal dos autores, usando como descritores “Dor” e “Terapias Complementares”.

Resultados: As intervenções não farmacológicas definem-se, pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.26) como “aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos”. Estas podem ser de três tipos: **cognitivo-comportamental** (permitem modificar a perceção da dor e melhorar a capacidade de a encarar, através de estratégias como a terapia cognitiva/comportamental, a reestruturação cognitiva, o relaxamento com imaginação e a distração); **físicas** (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular, através de estratégias como a aplicação de frio, aplicação de calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea) e de **suporte emocional** (permitem proporcionar conforto, através de estratégias como o toque terapêutico e conforto). Contudo estas devem ser coadjuvantes às intervenções farmacológicas, são mais amplas, no que respeita à complexidade do ser humano e tem como finalidade a promoção do conforto e o alívio da dor.

Conclusão: Esta revisão de tema vai de encontro às diretrizes da Direção Geral da Saúde (2003), que refere que “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.” Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros tem promovido uma nova visão da intervenção do enfermeiro no controlo da dor: o uso de intervenções não farmacológicas de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor. Em suma, o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para o alívio e controlo da dor, utilizando as intervenções não farmacológicas, contribui para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que, humaniza os cuidados prestados.

Bibliografia

- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em Maio 1, 2016, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- International Association for the Study of Pain (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Portugal: Fundação Grunenthal.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ritto, C. et al (n.d.). *Manual da dor crónica*. Portugal: IPO.

