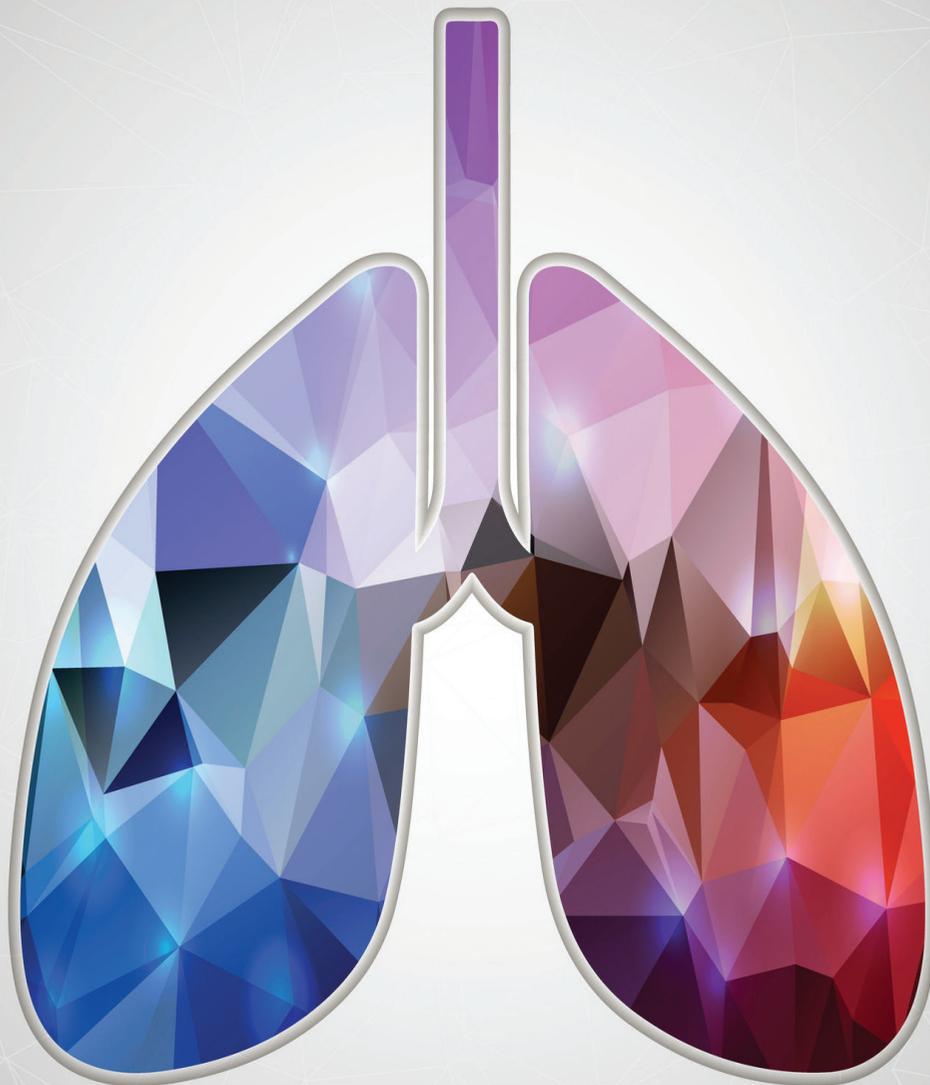


sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA

CUIDADOS
PALIATIVOS NA
ÓTICA DE UM
SERVIÇO DE
MEDICINA INTERNA



CIÊNCIA E TÉCNICA

HIPEROXEMIA
E PNEUMONIA
ASSOCIADA À
VENTILAÇÃO:
SCOPING REVIEW

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

O PAPEL DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

P11 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDADOS PALIATIVOS NA ÓTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

P15 CIÊNCIA & TÉCNICA

PROPOSTA DE MELHORIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DO TRABALHO

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

HIPEROXEMIA E PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO: SCOPING REVIEW

P39 CIÊNCIA & TÉCNICA

SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS NO COMBATE À COVID-19

P47 CIÊNCIA & TÉCNICA

GESTÃO DA DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

P59 CIÊNCIA & TÉCNICA

A EDUCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE DOENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO MELHORA A REABILITAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO?

P65 CIÊNCIA & TÉCNICA

FATORES PREVENTIVOS E PROTETORES DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EM ENFERMEIROS

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 **CONTRIBUINTE** 503 231 533 **CAPITAL SOCIAL** 21.947,90 € **DIRECTOR** António Fernando Amaral **DIRECTORES-ADJUNTOS** Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques **EDITORES** Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato **ASSESSORIA CIENTÍFICA** Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos / Rui Manuel Jarró Margato **RECEPÇÃO DE ARTIGOS** Célia Margarida Sousa Pratas **CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL** Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida **REGIÃO NORTE** M. Céu Barbiéri Figueiredo **MADEIRA** Maria Mercês Gonçalves **COLABORADORES PERMANENTES** Maria Arminda Costa / Nélson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos **INTERNET** www.sinaisvitais.pt **E-MAIL** suporte@sinaisvitais.pt **ASSINATURAS** Célia Margarida Sousa Pratas **INCLUI** Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita **PERIODICIDADE** Trimestral **FOTOGRAFIA** 123rf © **NÚMERO DE REGISTO** 118 368 **DEPÓSITO LEGAL** 88306/95 **ISSN** 0872-8844

EDITORIAL

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO, Enfermeiro
rmargato@gmail.com

A enfermagem moderna e pós moderna

A arte e a ciência do cuidar podem ser consideradas auto-construídas, sendo que à medida que o cuidar evolui para enfoques mais distintos relativamente à cura para o auto-cuidado e a autorecuperação, assistimos a um redefinir pós-moderno para além da enfermagem em evolução, tornando-se num arquétipo para o sistema transformado.

A literatura da ciência de enfermagem identificou pelo menos 3 paradigmas que caracterizaram o desenvolvimento da da enfermagem enquanto disciplina (Fawcet 1993, Newman 1992, Parse 1981)

Específica – determinista (paradigma I)

Integrativo – irectativo (Paradigma II)

Unitário – transformador (Paradigma III)

A Era I/ paradigma I centrou-se na parte material da medicina e da enfermagem, enfatizou o corpo e a doença e considerou as pessoas como objectos para as ciências médicas e de enfermagem.

A Era II/ paradigma II enfatiza a localização do cérebro no corpo da pessoa e a enfermagem passa a ter em conta as percepções, as emoções e as perspectivas psicossomáticas na prática de cuidados.

Na Era III/ paradigma III o cuidar é baseado numa ontologia, numa ética de relacionamento, de ligação e de consciência; a consciência de cuidar em relação, torna-se essencial; uma relação de cuidar e uma ambiente de cuidar atendem ao “cuidado da alma”: o crescimento espiritual do que é cuidado e do que está a ser cuidado; o cuidar promove processos de auto-conhecimento, autocontrolo e auto-recuperação; o cuidar aceita o espaço individual para as pessoas procurarem sua própria totalidade; o acto de cuidar apela à autenticidade ontológica e às competências ontológicas avançadas.

Não obstante, a prática de cuidar-curar transpessoal requer uma epistemologia em expansão, uma abertura ao novo contexto social caracterizado por um aumento de pessoas dependentes nos auto-cuidados com múltiplas co-morbilidades a viverem em casa, a sistemas de comunicação e de telemonitorização massificados que lançam novos desafio à enfermagem.

O cuidar em casa permite-nos extrapolar o exercício da prática para os pressupostos do paradigma III, ao mesmo tempo que reduzimos as infecções cruzadas, com menos custos para os sistemas de saúde, libertação de camas para doentes em fase aguda, utilizando a tecnologia para estar mais presente junto da pessoa, por forma a otimizar os processos de autoco-nhecimento, autocontolo e dotação de treino de competências do familiar(es) centrados nos diversos domínios do tomar conta, ao mesmo tempo que serviríamos de consultores para adaptação das condições habitacionais que melhor permitissem a compensassem as desvantagens trazidas pelos défices.

O desenvolvimento das tecnologias de informação são os aspecto que mais têm marcado o desenvolvimento da enfermagem futura. Permitiram otimizar recursos, simplificando processos e libertando os enfermeiros para a prática de cuidados, possibilitando-lhes também terem mais tempo para aprofundarem as competências clínicas que melhor podem alocar em função dos indicadores extrapolados.

O PAPEL DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA



CRISTIANA CRUZ RODRIGUES

Enfermeira na Unidade de Adolescentes do Hospital Dona Estefânia. Mestranda em Enfermagem – área

de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [cristianarodrigues@campus.esel.pt]

RESUMO

A família tem um papel importante na adequação e formação de hábitos alimentares na vida das crianças, sendo que diversos estudos consideram que a família é um modelo de aprendizagem. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP), assume um papel importante enquanto transmissor de intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção da obesidade infantil. A filosofia de cuidados pediátricos (Cuidados Centrados na Família) promove cuidados de elevado nível de qualidade, uma vez que engloba o envolvimento, a capacitação e o estabelecimento de relações de parceria, o que se tornam uma mais-valia na intervenção em contexto familiar, contribuindo para a prevenção da obesidade infantil. Assim sendo, o EESIP assume um papel ativo e atento junto das crianças/jovens e famílias.

Palavras-chave: obesidade infantil, criança pré-escolar, família, enfermeiro especialista, cuidados centrados na família, parceria de cuidados.

ABSTRACT

The family has an important role in adapting and forming eating habits in the lives of children, and several studies consider that the family is a model of learning. The specialist nurse in child health and pediatrics (EESIP), plays an important role as a transmitter of nursing interventions that contribute to the prevention of childhood obesity. The philosophy of pediatric care (Family Centered Care) promotes high quality care, since it encompasses involvement, training and the establishment of partnership relationships, which become an asset in the intervention in the family context, contributing to the prevention of childhood obesity. Therefore, EESIP takes an active and attentive role with children / young people and families.

Keywords: childhood obesity, preschool child, family, specialist nurse, family-centered care, care partnership.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a obesidade como uma doença crônica e multifatorial, sendo também definida como excesso de peso corporal que excede o peso considerado normal para indivíduos da mesma idade, sexo, constituição física e raça (Domingues & Oliveira, 2006; Antunes & Moreira, 2011). A obesidade infantil constitui um dos eixos prioritários do Plano Nacional de Saúde que se estende até 2020 (DGS, 2015), sendo que recentemente o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, através do Departamento de Alimentação e Nutrição, vai continuar a apoiar a Organização Mundial de Saúde em iniciativas de vigilância e prevenção da obesidade infantil com a duração de quatro anos (INSA, 2019).

De acordo com Seal & Broome (2011), a principal forma de intervenção na obesidade passa pela prevenção, tendo em linha de conta os fatores que podem influenciar o seu desenvolvimento, sendo que as intervenções devem ser adequadas às especificidades e características de cada criança e respetiva família. No entanto, a prevenção da obesidade não terá, possivelmente, resultados esperados se o ambiente familiar da criança não for considerado, pois os comportamentos e estilos de vida são aprendidos em contexto familiar, devendo existir uma abordagem centrada na família (Camargo, Filho & António, 2013). De acordo com Castro, Ferreira, Silva & Oliveira (2018), referem que filhos de pais obesos têm uma maior probabilidade de serem obesos.

Na idade pré-escolar, a criança atravessa um período de desenvolvimento físico e de personalidade marcantes, é mais sociável, é uma fase de interiorização dos valores, padrões e hábitos da família e da cultura, constituindo assim um período ótimo para a aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Honckenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento adequado da criança depende de uma alimentação equilibrada, tal qual como um padrão de sono adequado, pois as crianças que são pouco ativas, têm maior probabilidade de

desenvolverem obesidade (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Este grupo etário, é um dos períodos críticos de desenvolvimento da obesidade, onde se considera fundamental intervenções ao nível da prevenção, visto que a criança estará mais flexível à aquisição e alteração de comportamentos (Branco, Jorge, & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk & Ritchie, 2013). Após esta revisão da literatura, uma vez que a idade pré-escolar é a fase de aquisição de hábitos, considera-se importante a abordagem e intervenção a estas crianças e famílias, pois a prevenção desta patologia passa primordialmente pela prevenção, uma vez que a prevenção da obesidade infantil é a melhor forma de garantir a inexistência de complicações a longo prazo (Pandita et al., 2016), promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e eliminação dos fatores que contribuem para o seu aparecimento.

O papel da família

Como já mencionado anteriormente, a família é o primeiro ambiente de aprendizagem da criança pré-escolar e, isso sem dúvida, que causa um impacto na sua saúde. Os pais são modelos e traçam de diferentes formas os hábitos alimentares e a atividade física dos filhos (Duarte, 2010), exercendo uma forte influência quer pela influência da genética, quer também pela presença de obesidade ou pela influência ambiental nos hábitos alimentares ou de exercício físico. A própria imagem corporal e a autoestima são condicionadas pela família, influenciando também a adesão a hábitos alimentares saudáveis e exercício físico (Eli, Howell & Fisher, 2014). Torna-se pertinente referir que, existem determinantes que influenciam o padrão alimentar e a atividade física, isto é, o estatuto socioeconómico, grau de instrução parental, a forma como os pais exercem a parentalidade, pois um estilo menos autoritário pode ser um fator de aumento da obesidade, o número de refeições que realizam fora de casa, o tipo de alimentos que são consumidos em contexto familiar, a má comunicação, altos níveis de conflitos

familiares ou ainda a existência de reforço positivo que potenciam o sedentarismo, como por exemplo, ver televisão (McAdams, 2010; Branco, Jorge & Chaves, 2011; Li, Adab & Cheng, 2014; Halliday, Palma & Green, 2014).

Reflexão sobre as práticas

O EESIP desenvolve um cuidado centrado na criança/família, atuando neste binómio. A família representa um elemento central no cuidado à criança estabelecendo uma parceria de cuidados com os profissionais de saúde (Smith, 2018), sendo que o desenvolvimento de intervenções baseadas na família, no tratamento da obesidade infantil, constitui-se determinante no seu tratamento. Como tal, o enfermeiro assume um papel de extrema importância na prevenção da doença, uma vez que promove hábitos alimentares saudáveis e, ainda a prática de exercício físico (Sousa, França & Lima, 2015). A prevenção diz respeito a modificações de comportamentos e hábitos de vida, ou seja, mudanças no padrão alimentar e atividade física (Sena & Prado, 2012). Posto isto, o EESIP realiza o diagnóstico precoce de modo a realizar intervenções nos períodos críticos, como por exemplo, a idade pré-escolar para evitar a obesidade na idade adulta. Esta intervenção tem três níveis: primária (intervenções que evidenciam uma dieta saudável, comportamentos saudáveis e atividade física, realizando intervenções de forma a avaliar e garantir um peso e IMC adequados às suas características), secundária (intervenções estruturadas a crianças pré-escolares com excesso de peso ou obesidade, com o objetivo de terem um peso e IMC adequados, não se tornando adultos obesos) e terciária (intervenções no controlo de peso e obesidade, com o apoio e supervisão médica, focadas na resolução e diminuição de complicações e comorbidades (Hoelscher, Kirk & Ritchie, 2013; Pandita et. al., 2016). A prevenção integra a intervenção comportamental e é a primeira linha de intervenção (Karnik & Kanebar, 2012), sendo que a educação para

a saúde é uma ferramenta importante para a intervenção do EESIP, pois melhora o nível de conhecimentos e a compreensão para promover a consciência crítica e converter indivíduos em promotores de mudança (Whitehead, 2004; Kumar & Preetha, 2012).

O EESIP deve apreciar a dinâmica familiar e comportamentos alimentares da família da criança pré-escolar, considerando as dimensões fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do binómio criança-família, monitorizar o crescimento e desenvolvimento da criança pré-escolar abordando tópicos essenciais à adoção e/ou manutenção de comportamentos saudáveis (nº de refeições em casa e fora de casa, nomeadamente na casa dos avós, identificar erros alimentares, reforçar a importância de comer devagar e mastigar bem o alimento), transmitir orientações antecipatórias e direcionadas às famílias (sessões de educação para a saúde com orientação para escolhas saudáveis), adequar estratégias de intervenção em cada família com base na sua cultura, crenças, preferências e condição socioeconómica, identificar necessidades da criança e famílias encaminhando para recursos da comunidade, programar as consultas de vigilância ou sempre que se justifique, avaliar resultados da sua intervenção com vista à introdução de melhorias (compreender se existiu aumento de peso e identificando causas dessa alteração), e implementar intervenções acerca do padrão de sono, isto é, promover um horário regular, providenciar uma rotina de deitar, evitar atividade estimulante antes de deitar ou evitar adormecer num local que não a cama (DGC, 2013; DGS, 2013; CNS, 2018; Regulamento nº 422/2018; Fenton, Marvicsin & Danford, 2014). O EESIP, deve prestar apoio emocional, sempre que necessário, à criança pré-escolar e família, tal qual como fornecer reforço positivo. Importa salientar a importância de uma equipa multidisciplinar que, atua em parceria com a criança e família (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008). Um dos exemplos onde é evidenciado o trabalho da equipa multidisciplinar, é por exemplo, nos programas de intervenção, como objetivos

principais a promoção de práticas saudáveis (Pandita et. al., 2016). Em Portugal existiu um aumento destes programas de intervenção como prevenção da obesidade (Filipe, Godinho & Graça, 2016). Nestes projetos, as utilizações de tecnologias mostraram-se uma ferramenta útil, pois através da informação divulgada por mensagens de texto via telefone e website, dirigidas aos pais e às crianças, demonstraram resultados positivos na adoção de comportamentos saudáveis e na redução do índice de massa corporal (Criss et al., 2016; Vilchis-Gil et al., 2016).

As estratégias comportamentais, assumem importância na abordagem da obesidade infantil em contexto familiar, onde o EESIP tem um papel de destaque uma vez que realiza intervenções que promovem mudança comportamental, isto é, intensifica o reforço ao nível do controlo do ambiente (eliminar refrigerantes em casa, reduzir tamanho das porções, por exemplo, servir a comida em pratos de sobremesa, substituir alimentos calóricos por frutos secos ou hortícolas), ao nível da monitorização dos comportamentos (realizar diário alimentar e de exercício físico, registar peso corporal semanal, registar nº de refrigerantes, frutas e hortícolas ingeridas diariamente), no estabelecimento de objectivos (para a criança: “vou comer fruta ao lanche” ou “vou substituir refrigerantes por água”, para os pais “vou caminhar com o meu filho 3 vezes por semana” ou “vou dar os parabéns ao meu filho sempre que cumpra um objectivo” e para a família “não vamos comprar refrigerantes” ou “não vamos ver televisão à hora das refeições”) e, por fim, recompensa pelos objectivos alcançados (dar um passeio, ir ao mercado comprar um fruto preferido ou comprar uma peça de roupa que a criança goste, entre outros) (adaptado de Carvalho et al., 2011).

Uma estratégia que já utilizei, diz respeito a um jogo que consiste numa caixa com diversos pratos de vários tamanhos e com diversas imagens de comida saudável e menos saudável. O objetivo principal é a criança ilustrar a sua refeição, indicando os

alimentos que consome frequentemente. Nas crianças que têm alimentos menos saudáveis, a estratégia utilizada foi a mudança desses alimentos para os alimentos mais saudáveis. Considero este jogo um instrumento fundamental e individualizado, tendo em conta as especificidades deste grupo etário. É também uma atividade que serve como estratégia de observação de algumas características de desenvolvimento da criança, nomeadamente a linguagem, competência social, atenção e psicomotricidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gerir a obesidade infantil é um desafio enorme para os enfermeiros, visto que se associa a mudança de hábitos envolvendo a família, sendo que a alimentação é uma área muito sensível em diversos aspetos, como por exemplo culturais. Importa ainda salientar, a importância do EESIP, nomeadamente, nas consultas de saúde infantil, onde existe um excelente momento para a realização de sessões de educação para a saúde (cuidados antecipatórios acerca do exercício físico, alimentação saudável e sono), com espaço para dúvidas e esclarecimentos da família (Andrade, Machado & Kenner, 2015). As intervenções em ambiente familiar de base comportamental, que englobam modificações ao nível da alimentação e actividade física parecem ser as mais efectivas, sendo que as que se realizam em ambiente comunitário assumem um eixo estratégico no combate a esta patologia (Carvalho et al., 2011).

Vários autores referem que a criança em idade pré-escolar aprende melhor vendo e imitando os pais/família, realçando a importância da aprendizagem por modelagem (Rego & Peças, 2007). Consciencializar e acompanhar as famílias, ajuda a evitar comportamentos menos saudáveis no futuro (Aparício, Cunha & Duarte, 2011), sendo que a capacitação e empoderamento, tanto das famílias como das crianças é, um dos pilares dos cuidados centrados na família. O empowerment das famílias, é uma ferramenta essencial (Costa, 2012), pois permite gerar conhecimento

que potencia comportamentos que ajudam a atuar na prevenção da obesidade ou mesmo no seu tratamento. A parceria de cuidados assume um papel de relevo, na medida que a promoção da parentalidade, a negociação participativa, tal qual como o desenvolvimento de competências/conhecimentos que potenciam respostas adaptativas, resultam na melhoria do estado de saúde. A inclusão do EESIP na implementação de medidas e estratégias no âmbito da promoção da saúde é primordial, uma vez que é uma medida de combate à obesidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., Machado, M. & Kenner, C. (2015). Premature, Overweight and Obesity: A Problem That Merits Increased Recognition by Healthcare Practitioners and Researchers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15, 174- 176. Doi: 10.1053/j.nainr.2015.09.002
- Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade: Em Crianças e Adolescentes Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 279-284.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J. & Pereira, A. (2011). Olhar dos pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 40, 99-113. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8222>
- Branco, S., Jorge, M. S., & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 509-516. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.004>
- Camargo, A., Filho, A., António, M., Giglio, J. (2013). A Não Percepção da Obesidade Pode Ser Um Obstáculo No Papel das Mães de Cuidar os Seus Filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 323-333. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200004>
- Carvalho, M., Carmo, I., Breda, J., Rito, A. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 148-156. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a08.pdf>
- Castro, J., Ferreira, E., Silva, D., & Oliveira, R. (2018). Prevalência de Sobrepeso e Obesidade e os Fatores de Risco associados em Adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 84-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a22v15s2.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (2018). Gerações mais saudáveis – Políticas públicas de promoção de saúde das crianças e jovens em Portugal. Lisboa: CNS. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/2018/12/05/geracoes-mais-saudaveis-politicas-publicas-de-promocao-da-saude-das-criancas-e-jovens-em-portugal/>
- Costa, M. (2012). Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências. (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro: Aveiro. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/9744>
- Criss, S., Cheung, L., Giles, C., Gortmaker, S., Viswanath, K., Kwass, J.-A., & Davison, K. (2016). Media Competition Implementation for the Massachusetts Childhood Obesity Research Demonstration Study (MA-CORD): Adoption and Reach. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 13(4), 403. Doi: 10.3390/ijerph13040403
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Direção-geral da saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). Alimentação em idade escolar. Guia prático para educadores. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoldadeEscolar.pdf
- Domingues, T., & Oliveira, L. (2006). Obesidade Infantil e suas complicações: assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem UNISA*, 7, 57-59.
- Duarte, M. (2010). Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Crianças em Idade Pré-Escolar. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa: Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/7308>
- Eli, K., Howell, K., Fisher, P., Nowicka, P. (2014). Those Comments Last Forever: Parents and Grandparents os Preschoolers Recount How They Became Aware of Their Own Body Weights as Children. *Plos One*, 9, 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111974>
- Fenton, K., Marvicsin, D., Danford, C. (2014). An Integrative Rewiew of Sleep Intervention and Related Clinical Implications for Obesity: Treatment in Children. *Journal of Pediatric Nursin*, 29, 503-510. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.09.003>
- Filipe, J., Godinho, C. & Graça, P. (2016). Intervenções comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal.

- Psychology, Community & Health, 5 (2), 170-184. Doi: 10.5964/pch.v5i2.175.
- Halliday, J., Palma, C., Mellor, D., Grenn, J. & Renzaho, A. (2014). The Relationship Between Family Functioning and Child and Adolescent Overweight and Obesity: A Systematic Review. *International Journal Of Obesity*, (38), 480-493. Disponível em: <http://doi.org/doi:10.1038/ijo.2013.213>
- Halliday, J., Palma, C., Mellor, D., Grenn, J. & Renzaho, A. (2014). The Relationship Between Family Functioning and Child and Adolescent Overweight and Obesity: A Systematic Review. *International Journal Of Obesity*, (38), 480-493. Disponível em: <http://doi.org/doi:10.1038/ijo.2013.213>
- Hoelscher, D., Kirk, S., Ritchie, L., & Cunningham-Sabo, L. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (10), 1375-1394. Doi: 10.1016/j.jand.2013.08.004
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019). Departamento de Alimentação e Nutrição do Instituto Ricardo Jorge redesignado Centro Colaborativo da OMS para a Nutrição e Obesidade Infantil. Acessível em: <http://www.insa.min-saude.pt/departamento-de-alimentacao-e-nutricao-do-instituto-ricardo-jorge-redesignado-centro-colaborativo-da-oms-para-a-nutricao-e-obesidade-infantil-2/>
- Karnik, S. & Kanekak, A. (2012). Childhood Obesity: a Global Public Health Crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3 (1), 1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22506094/>
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5. Doi:10.4103/0970-0218.94009
- Li, B., Adab, P., Cheng, K. (2014). Family and Neighborhood Correlates of Overweight and Obesogenic Behaviors Among Chinese Children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 700-709. Doi: 10.1007/s12529-013-9333-y
- McAdams, C. B. (2010). The environment and pediatric overweight: A review for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurses Practitioners*, 22, 460-467. Doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00537.x.
- Pandita, A., et. al. (2016). Childhood obesity: prevention is better than cure. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 9, 83-89. Doi: 10.2147/DMSO.S90783
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ª edição). Amadora: Mc Graw Hill.
- Rego, C., & Peças, M. (2007). *Crescer para Cima*. Obras em Curso. Produção Editorial: Lisboa.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, (N.º 133), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>
- Seal, N., & Broome, M. (2011). Evidence-Based Interventions for Pediatric Weight Control. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(4), 293-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2010.08.015>
- Sena, R. A., & Prado, S. (2012). Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. *Revista de Enfermagem UNISA*, 13(1), 69-73. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8347627-Obesidade-infantil-relacionada-a-habitos-de-vida-e-praticas-alimentares.html>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sousa, J., Loureiro, I., & Carmo, I (2008). A Obesidade Infantil: Um problema emergente. *Saúde e Tecnologia*, 2, 5-15. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/74>
- Sousa, M., França, S., Lima, J. & Almeida, S. (2015). Obesidade Infantil em Escolas Sob os Cuidados do Enfermeiro: Revisão Integrativa. *Revista em Enfermagem UFPE*, 9 (8), 8845-8853. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1ae0205d91f0-4c67-8696-e1e5cd7ccd89%40sdc-v-sessmgr05>
- Vilchis-Gil, J., Klünder-Klünder, M., Duque, X., & Flores-Huerta, S. (2016). Decreased Body Mass Index in Schoolchildren After Yearlong Information Sessions With Parents Reinforced With Web and Mobile Phone Resources: Community Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e174-e174. Doi:10.2196/jmir.5584
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x

CUIDADOS PALIATIVOS NA ÓTICA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA



ROSA FERNANDA PEREIRA GOMES MACHADO

*Enfermeira, Licenciada, Serviço de Medicina Interna
Centro Hospitalar de Setúbal*

TÂNIA MARINA DIAS

*Enfermeira, Licenciada, Serviço de Medicina Interna
Centro Hospitalar de Setúbal*

ANA MARIA NEVES ROCHA

*Coordenadora da Pós-Graduação de Cuidados Paliativos
da Formasau*

RESUMO

Os Cuidados Paliativos (CP) são um elemento fundamental dos Sistemas de Saúde, todavia a sua referência acontece muitas vezes tardiamente. Este estudo visa identificar quais os doentes internados num Serviço de Medicina Interna com necessidades paliativas e verificar a sua referência para a Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) através de um estudo descritivo e recorrendo à aplicação da escala SPICT-PT. Da análise de resultados destaca-se a existência de um número elevado de doentes com necessidades paliativas e da pouca referência para a EIHSCP.

Palavras – Chave: Cuidados Paliativos, Referência, Equipa multidisciplinar

ABSTRACT

Palliative Care (CP) is a fundamental element of the Health Systems, but the reference is often made late. This study aims to identify which patients are admitted to the Internal Medicine service with palliative needs and to verify their reference to the

In-Hospital Palliative Care Support Team (EIHSCP) through a recurrent observational study using the SPICT-PT scale. The analysis of results shows that are a high number of patients with relevant needs of palliative care but is still insufficiently performed the reference to the EIHSCP.

Key – words: Palliative Care, Referral, Multidisciplinary Team

INTRODUÇÃO

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como uma “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias- que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”(Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016).

Assim sendo, a prática dos cuidados paliativos tem por base um conjunto de princípios que visam a afirmação da vida e encaram a morte como um processo natural. O bem-estar e a qualidade de vida do doente, assim como as suas necessidades, devem ser acauteladas em fases precoces da doença, não esquecendo as famílias e/ou cuidadores.

Desta forma, os cuidados paliativos assentam num cuidado holístico identificando e integrando as necessidades do doente numa perspetiva multidimensional, o que implica uma prestação de cuidados interdisciplinar.

Lamentavelmente, este tipo de cuidados ainda é associado a pessoas em fim de vida, nomeadamente em últimos dias e horas de vida, quando “já não há nada a fazer”. As boas práticas e as recomendações em cuidados paliativos são consensuais ao destacarem a necessidade de estes serem integrados tão precocemente quanto possível no decurso de uma doença crónica e/ ou grave, seja de cariz oncológico ou não oncológico.

Por isso, em situações de doença como sejam as insuficiências avançadas de órgão, as demências, as doenças neurológicas degenerativas e todas as outras situações que sejam limitativas da vida, beneficiarão ao serem alvo de cuidados paliativos.

Constatando-se que os doentes com as características atrás referidas fazem parte da população habitual das enfermarias de Medicina Interna, importa que estes cuidados

sejam introduzidos o mais precocemente possível neste tipo de Serviço. Todavia, a referenciação para este tipo de cuidados surge muitas vezes tardiamente, numa altura em que os sintomas são já refratários e a pessoa se encontra em situação de últimos dias. As dificuldades dos profissionais de saúde em reconhecer e assumir a irreversibilidade da doença, bem como em diferenciar os doentes que precisam de cuidados paliativos, contribui para o atraso ou para a não referenciação dos mesmos (Ribeiro, 2012)

Ainda está muito imbuída a ideia de que apenas quando a medicina curativa nada mais tem para oferecer ao doente, é que se iniciam os cuidados paliativos (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016).

Pretende-se, pois, uma interação entre os cuidados curativos e paliativos, mediante a colaboração dos diferentes profissionais, melhorando as necessidades dos doentes e dos que os acompanham.

Assim, visando dar resposta às preocupações atrás colocadas, o objetivo do presente trabalho é identificar quais os doentes internados num Serviço de Medicina Interna com necessidades paliativas e verificar a sua referenciação para a Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (ESIHCP).

METODOLOGIA

Para a elaboração deste artigo, foi efetuado um estudo observacional da população de doentes internados num Serviço de Medicina Interna, no período compreendido entre o dia 1 e o dia 15 do mês de janeiro de 2020. Como suporte da análise efetuada, assume-se que esta amostra é representativa da população habitualmente assistida neste Serviço de Medicina Interna, tanto na sua dimensão como na caracterização da sua composição, isto é, na sua relação homens - mulheres.

Assim, a colheita de dados foi efetuada cumprindo as regulamentações éticas, através da consulta e revisão do processo

clínico informático dos doentes e permitiu selecionar aqueles que apresentavam necessidades de cuidados paliativos, com base na aplicação da Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT). Através destes mesmos registos foi possível identificar se houve ou não referência para a EIHS CP.

A SPICT-PT é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível, determinando a necessidade de cuidados paliativos e constituindo assim uma ferramenta importante e de fácil utilização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A melhoria das condições de vida, a par dos avanços progressivos da Medicina, possibilitou um aumento significativo da longevidade. De acordo com dados de 26 de setembro de 2019 do Instituto Nacional de Estatística (INE), a esperança média de vida em Portugal, para quem já cumpriu 65 anos de idade, é de 85 anos para o sexo feminino e de 82 anos para o sexo masculino.

Dos 80 doentes do presente estudo, 42 eram do género feminino e 38 do género masculino, sendo que globalmente, a idade média da amostra era de 78,57 anos, com um desvio padrão de 11,22 anos. Assim, do ponto de vista probabilístico, estamos na presença de uma amostra com cerca de 68% de doentes (54) entre os 67 e os 90 anos, 16% de doentes (13) com menos de 67 anos e 16% de doentes (13) acima de 90 anos.

Por conseguinte, o aumento da esperança média de vida traduz uma necessidade maior de cuidados de saúde devido à elevada prevalência de doenças crónicas, dependência funcional e declínio cognitivo.

Da aplicação da ferramenta SPICT-PT nos registos considerados neste estudo, e da análise dos dados obtidos, constata-se a existência de doentes internados no Serviço de Medicina Interna que apresentam indicadores gerais de deterioração do seu estado de saúde, bem como indicadores

clínicos de uma ou mais doenças incapacitantes da vida.

De acordo com os dados obtidos, a necessidade de cuidados paliativos foi verificada em 38 doentes (em 47,5% da amostra), 26 do género masculino e 12 do género feminino.

A identificação destes doentes foi feita pela aplicação dos critérios subjacentes à ferramenta SPICT-PT, onde se constata que, para identificar todos os doentes que podem beneficiar de cuidados paliativos, mesmo aqueles que ainda estão a fazer tratamentos ativos, deve considerar-se aqueles que tiverem pelo menos 1 critério geral e 1 critério específico de doença.

No entanto, a maioria destes 38 doentes identificados apresenta mais do que 1 critério geral e mais do que 1 critério específico, salientando-se a sua necessidade de cuidados paliativos.

No que diz respeito à referência dos doentes com necessidades paliativas, constatou-se que apenas 1 doente do total de doentes identificados (ou seja só 0,38%) foi referenciado à EIHS CP, sendo que o motivo de referência estava relacionado com a doença oncológica.

Verificou-se também que 1 dos doentes já se encontrava a ser acompanhado pela EIHS CP, também por uma patologia oncológica.

Assim, nota-se uma tendência para o não reconhecimento das necessidades paliativas dos doentes e, por conseguinte, a não referência dos mesmos para cuidados paliativos.

Por fim, observou-se que os profissionais de saúde não utilizam ferramentas para a identificação de doentes com necessidades paliativas. Os resultados deste estudo alertam para a importância da aplicação na prática clínica, destas ferramentas de forma regular, para que auxiliem os profissionais na identificação de doentes com necessidades paliativas, permitindo que os cuidados paliativos sejam incluídos precocemente e com maior eficácia.

CONCLUSÕES

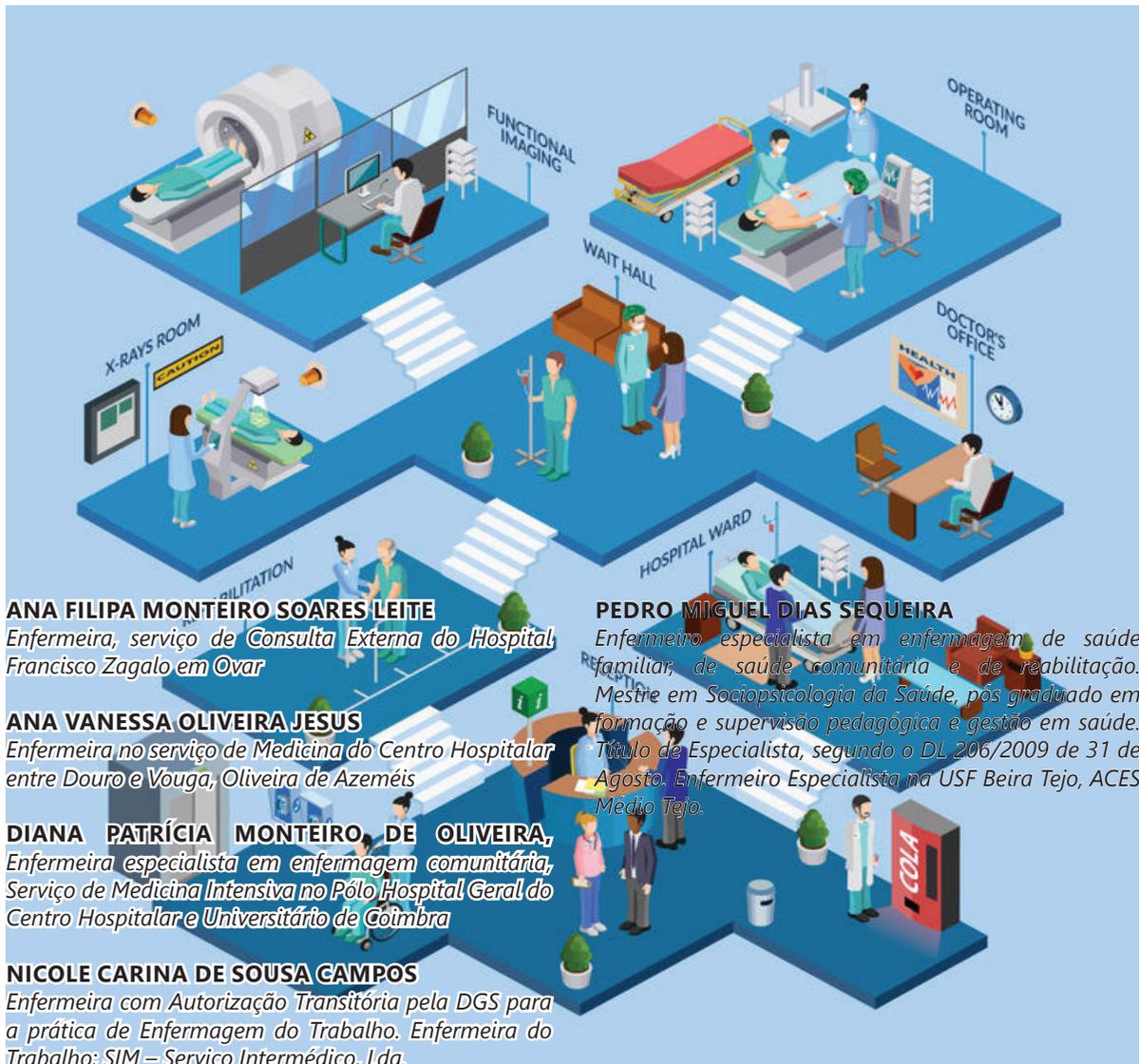
Visando atingir o objetivo a que nos propusemos, em conclusão, constata-se e propõe-se que:

- existe um número relevante (47,5%) de doentes internados no Serviço de Medicina Interna com necessidades paliativas, mas é muito baixa a identificação real destes como doentes paliativos (menos de 1%);
- na medida em que são doentes com pluripatologias, comorbilidades associadas e com uma multiplicidade de sintomas, os profissionais de saúde devem elaborar um plano de cuidados assente nas quatro vertentes fundamentais dos cuidados paliativos - controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016);
- sempre que se justificar, deve ser privilegiado o contacto com a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, o que constitui uma importante estratégia para responder às necessidades dos doentes e famílias;
- são poucos os doentes referenciados a cuidados paliativos, o que indica existir um longo caminho a percorrer, em ordem à identificação completa dos doentes que carecem de cuidados paliativos por toda a equipa multidisciplinar e à uniformização no processo de referência para a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos;
- é urgente introduzir ações de formação específica em Medicina Paliativa para que o seu desempenho possa ser uma mais valia nesta tipologia de Serviços.

BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, António; PINA, Paulo Reis; TAVARES, Filipa, NETO, Isabel Galriça - Manual de Cuidados Paliativos. 3ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa. 2016. ISBN:978-972-9349-37-9
- SANTOS, Elaine Araújo – Cuidados Paliativos para Doentes Idosos não Oncológicos num Serviço de Medicina Interna. Porto, [S.n.]. 2018. Dissertação de Mestrado
- (Ribeiro, Andreia - Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna. Lisboa, [S.n.]. 2012. Dissertação de Mestrado
- Instituto Nacional de Estatística - Tábuas de mortalidade 2016-2018. Lisboa. 2018. Disponível: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdestaboui=354419871&DESTAQUESmodo=2
- <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/> (acedido a 20/12/2019)
- <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/> (acedido a 10/01/2020)

PROPOSTA DE MELHORIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DO TRABALHO



ANA FILIPA MONTEIRO SOARES LEITE
 Enfermeira, serviço de Consulta Externa do Hospital Francisco Zagalo em Ovar

ANA VANESSA OLIVEIRA JESUS
 Enfermeira no serviço de Medicina do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Oliveira de Azeméis

DIANA PATRÍCIA MONTEIRO DE OLIVEIRA,
 Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Serviço de Medicina Intensiva no Pólo Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

NICOLE CARINA DE SOUSA CAMPOS
 Enfermeira com Autorização Transitória pela DGS para a prática de Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do Trabalho; SIM – Serviço Intermédico, Lda.

PEDRO MIGUEL DIAS SEQUEIRA
 Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, de saúde comunitária e de reabilitação. Mestre em Sociopsicologia da Saúde, pós graduado em formação e supervisão pedagógica e gestão em saúde. Título de Especialista, segundo o DL 206/2009 de 31 de Agosto. Enfermeiro Especialista na USF Beira Tejo, ACES Médio Tejo.

RESUMO

No âmbito deste artigo de opinião e pesquisa bibliográfica, o grupo de trabalho pretende caracterizar uma empresa em estudo com um serviço de saúde ocupacional com uma vasta oferta de cuidados aos seus trabalhadores, um serviço considerado de excelência e de que modo, como enfermeiros do trabalho num futuro próximo, com competência acrescida diferenciada atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, podemos propor estratégias de melhoria, com vista ao aumento da satisfação e reconhecimento dos trabalhadores pelo serviço de saúde da empresa onde desenvolvem a sua atividade profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Proposta/ Serviço Saúde Ocupacional/ Enfermeiro do Trabalho/Empresa

ABSTRACT

In this bibliographic research and opinion article, the authors intend to characterise a private company with an occupational health service providing a wide range of care to its workers. The studied occupational health service has been deemed as a centre of excellence. Occupational health nurses, equipped with differentiated skills attributed by the Portuguese Nursing Council (Ordem dos Enfermeiros), are stimulated to propose and contribute to workplace improvement strategies, aiming at increasing workers' satisfaction and recognition.

KEY WORDS: Improvement Proposal / Occupational Health Service/ Occupational Health Nurse

A realização deste trabalho de grupo, tem por base uma análise reflexiva dos conteúdos abordados no curso de pós graduação em Enfermagem do Trabalho, não só efetuando um enquadramento conceptual da temática, mas também com o intuito de se apresentar uma proposta de melhoria, enquanto enfermeiros com competências acrescida diferenciada atribuída pela Ordem dos Enfermeiros em Enfermagem do Trabalho.

Para o desenvolvimento deste trabalho relativo a um serviço de Saúde Ocupacional (SO), o grupo elegeu um serviço de SO de uma empresa da região norte de Portugal, mas pelo respeito e pertinência do novo Regulamento Geral da Proteção de Dados, não iremos referir o nome da mesma, apesar de terem sido realizados todos os procedimentos ético-deontológicos, no sentido do pedido de autorização à empresa para o trabalho e que foi dado despacho favorável para a sua realização. Este é um serviço interno, com uma complexidade única de oferta de cuidados de saúde aos seus trabalhadores, com aposta na prevenção e não só no tratamento e âmbito curativo, com uma visão alargada à promoção da saúde dos seus trabalhadores, prevenção de riscos e fatores de riscos associados às doenças profissionais e prevenção de acidentes de trabalhos.

Foi definido como objetivo geral para este trabalho:

- Propor estratégias, como enfermeiros do trabalho, para a empresa em referência, com vista à melhoria do SO, para uma adequada satisfação e bem-estar dos seus trabalhadores.
- Para atingir este objetivo geral, o grupo definiu alguns objetivos específicos:
- Caracterizar o serviço de SO desta empresa de produtos elétricos;
- Fundamentar teoricamente conteúdos relevantes acerca da enfermagem do trabalho;
- Apresentar as nossas estratégias de intervenção na promoção do bem-estar

dos trabalhadores e ambiente laboral saudável e seguro.

SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DA EMPRESA EM REFERÊNCIA

Integrado numa grande empresa, o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), bem como o Enfermeiro do Trabalho, enquanto membro interveniente de uma equipa multidisciplinar de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), devem estar dotados de uma visão holística dos colaboradores, assim como do local de trabalho. Desta forma, o grupo entendeu ser adequado e pertinente debruçar-se sobre o SSO de uma empresa com serviço interno, mas também que é considerado um serviço de referência de SO para os seus trabalhadores.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) Extensão 2018/2020, a SO é por vezes denominada como Saúde e Segurança no Trabalho, no âmbito do desenvolvimento das suas atividades esta visa a identificação, avaliação e controlo dos riscos associados aos diversos locais de trabalho, a vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores, garantindo ambientes de trabalhos seguros e saudáveis.

Atualmente, com a mudança de paradigma a que vamos assistindo, as entidades empregadoras deverão ter sempre presente que os serviços de SO constituem uma mais-valia, com diversas vantagens, e não um custo ou acréscimo de despesas e problemas. Por outro lado, as entidades empregadoras que possuem serviços de SO, dentro do estipulado pelas Lei e de acordo com o número de trabalhadores, mostram igualmente uma imagem responsável, dinâmica e preocupada com os seus trabalhadores e pela sua qualidade de vida.

Importa igualmente apresentar as vantagens de qualquer empresa possuir um serviço de SO, mostrando a mais-valia, o recurso, a aposta valiosa e a proporção de resultados esperados. As vantagens de ter um serviço de SO são:

- A SO ultrapassa a mera obrigação legal, pois é indispensável à boa gestão empresarial;
- A SO é um investimento no presente e para o futuro, vital e lucrativo para qualquer empresa;
- A SO fomenta a produtividade e a qualidade e é uma vantagem competitiva;
- A SO é um importante contributo para a responsabilidade social e para a sustentabilidade da sua empresa;
- A SO é um excelente cartão-de-visita e valoriza a imagem da sua empresa (DGS, 2020, p.10).

A Lei n.º 3/2014 de 28 de Janeiro, que aprovou o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, sujeito à retificação n.º 20/2014 de 27 de Março, no artigo 73.ºA, um serviço de segurança e saúde no trabalho deve procurar: assegurar condições de trabalho que tenham em consideração a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores; desenvolver condições técnicas que assegurem a aplicação das medidas de prevenção associadas à identificação, planificação, avaliação e eliminação ou redução dos riscos presentes nos locais de trabalho; informar e formar os trabalhadores sobre a segurança e saúde no trabalho; informar e consultar os representantes dos trabalhadores, ou quando na sua ausência os próprios trabalhadores, para a segurança e saúde no trabalho.

De acordo com a DGS (s.d.), no âmbito da Saúde do Trabalho destacam-se 5 principais vertentes de atuação:

- Gestão do risco profissional;
- Vigilância da saúde;
- Promoção da saúde;
- Vacinação dos trabalhadores;
- Emergência e primeiros socorros.

Os profissionais de saúde dedicados à área da SO assumem um papel decisivo na prevenção das doenças / incapacidades e promoção da saúde dos trabalhadores nas empresas (Oliveira e André, 2010). Assim, a saúde no trabalho, pela sua complexidade e abrangência, pode integrar uma variedade de disciplinas, uma vez que engloba uma dialética entre tecnologia e saúde, compreendendo aspetos técnicos, médicos, sociais e legais. Os profissionais de saúde no trabalho podem ser médicos de trabalho, enfermeiros de trabalho, técnicos de saúde e segurança no trabalho, ergonomistas, psicólogos ocupacionais, técnicos de saúde ambiental, sendo a tendência atual mobilizar a competência destes elementos, com foco na multidisciplinaridade e do trabalho em equipa (Antunes, 2009).

De acordo com a lei em vigor, a empresa ou o estabelecimento, independentemente da modalidade do serviço de segurança e saúde no trabalho, deve ter uma estrutura interna que assegure as atividades de emergência e primeiros socorros, de evacuação de trabalhadores e de combate a incêndios assim como, sempre que aplicável, de resgate de trabalhadores em situação de sinistro.

Sendo a empresa de grandes dimensões que emprega cerca de 2500 colaboradores, está dotada de um Serviço Interno de Saúde Ocupacional, tal como está descrito no Artigo 78º da Lei nº102/2009, de 10 de Setembro, que refere (2009, p.24):

Salvo nos casos em que obtiver dispensa nos termos do artigo 80.º, o empregador deve instituir serviço interno que abranja: a) O estabelecimento que tenha pelo menos 400 trabalhadores.

Assim sendo, o SSO está presente na empresa há vários anos, sendo prestado por uma empresa subcontratada, a SIM, Serviço Intermédico, Lda, que garante o cumprimento das necessidades de Medicina do Trabalho na empresa de estudo. O SSO tem como principal objetivo prevenir e evitar os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores. De acordo com o

PNSOC, o SSO tem como objetivo assegurar ambientes de trabalho saudáveis que (2018, p.4):

Evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador;

Assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho;

Permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores.

No seguimento dos objetivos supracitados, é importante ter também em consideração a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020 (ENSST) (Resolução do Conselho de Ministros nº 77/2015, de 18 de Setembro), que refere ser necessário apostar em (2015, p. 8319):

Prevenir e reduzir o número e a gravidade dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;

Promover a saúde, o bem-estar dos trabalhadores, bem como a sua capacidade de trabalho;

Fomentar a inovação, qualidade e eficiência.

De forma a alcançar estes objetivos, o SSO da nossa empresa é constituído por uma equipa multidisciplinar de especialistas e trabalha em constante comunicação com o setor de Ambiente, Saúde e Segurança (AS&S), formando uma simbiose que traz benefícios para todos. A equipa de AS&S é composta por duas técnicas de Higiene e Segurança, uma terceira que é também a responsável de equipa e este setor está inserido no setor da Qualidade, sendo que todos os membros desta equipa respondem também perante a Direção de Qualidade. Isto demonstra que a empresa considera o SSO como uma parte extremamente importante na promoção do bem-estar e segurança dos trabalhadores e, conseqüentemente, na produtividade dos mesmos. Quanto à equipa de SO, está situada no denominado Posto Médico (PM), dentro da empresa e responde perante o

Departamento de Recursos Humanos (RH). O funcionamento do PM decorre no horário entre as 07H00 e a 01H00, de segunda-feira a sexta-feira, visto que este é o horário em que a empresa tem colaboradores a laborar em número suficiente para justificar a presença de elementos do SSO.

A equipa de Saúde Ocupacional é constituída por distintas especialidades, todas elas disponíveis no PM da empresa. São as seguintes:

- Medicina do Trabalho – Com cinco médicos do trabalho, médicos esses que estão presentes diariamente (em horários distintos) na empresa, normalmente entre as 07H00 e as 19H00;
- Enfermagem do Trabalho – Com quatro enfermeiros do trabalho, presentes na empresa entre as 07H00 e a 01H00, de segunda a sexta-feira;
- Fisioterapia – Com dois fisioterapeutas presentes, um durante o período da manhã e outro durante o período da tarde, também de segunda a sexta-feira;
- Medicina Dentária - Com uma médica dentista, que se desloca à empresa duas vezes por semana;
- Psicologia – Com uma psicóloga que se desloca também bissemanalmente à empresa;
- Ortopedia – Com um ortopedista que se desloca à empresa uma vez por semana;
- Nutrição - Com uma nutricionista que se desloca bissemanalmente à empresa;
- Optometria – Com um optometrista que se desloca à empresa semanalmente;
- Otorrinolaringologia – Com três otorrinolaringologistas que se deslocam semanal e alternadamente à empresa;
- Acupunctura – Com um enfermeiro acupunctador que se desloca à empresa uma vez por semana;
- Ginecologia – Com uma ginecologista que também se desloca semanalmente à empresa.

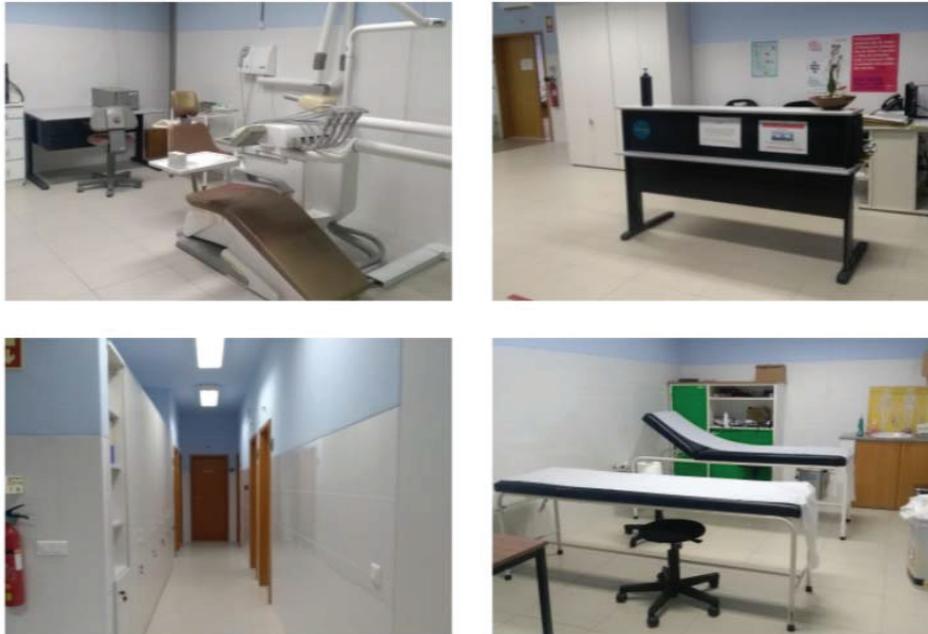


Figura 1 – SSO da Empresa

Para assegurar a possibilidade de todas estas especialidades estarem presentes na empresa e de forma a cumprir com os requisitos da Circular Normativa nº6 da (DGS), de 31 de Março de 2010, o PM é composto por uma sala de espera e receção, uma enfermaria de dimensões consideráveis, seis gabinetes médicos, cada um deles adaptados para as diferentes especialidades e ainda uma sala de observação que dispõe de duas camas articuladas, caso seja necessário manter algum colaborador em vigilância clínica.

Um dos gabinetes está adaptado para as consultas de Medicina do Trabalho, equipado com uma secretária, computador, marquesa e restante material necessário; um outro gabinete está adaptado exclusivamente para consultório de Medicina Dentária, com a cadeira articulada e todos os equipamentos necessários, incluindo Raio-X dentário; um terceiro gabinete está configurado para três especialidades, sendo elas: Optometria, com unidade de Refração, foróptero, lentes, bem como todo o restante equipamento de Optometria necessário; Ginecologia, tendo a marquesa ginecológica, bem como todo o material específico da especialidade; e

Otorrinolaringologia, onde está também presente todo o material necessário a esta especialidade.

Um quarto gabinete está adaptado para fisioterapia, com duas marquesas e algum material necessário para os tratamentos mais recorrentes e necessários aos trabalhadores desta empresa; um quinto gabinete que é configurado para Psicologia, sendo o gabinete com maior privacidade ao nível de sonorização e para Nutrição, dispondo de uma balança e restante material necessário.

Um sexto gabinete que é utilizado sobretudo por enfermagem, onde estão presentes o eletrocardiógrafo e o audiómetro, utilizada também por Ortopedia e Acupunctura, quando necessário.

Na sala de observação, existe também uma máquina de avaliação da acuidade visual.

Dispõe também de diversos fármacos, adequados às necessidades dos colaboradores, tais como anti-inflamatórios diversos, analgésicos, relaxantes musculares, um ansiolítico, alguma medicação base de urgência, antibióticos, antitússicos, laxantes, antieméticos, corticosteróides, entre outros.

Dispõe de medicação oral, intramuscular, endovenosa e tópica e, conseqüentemente, de todo o material necessário à administração de cada um deles. Possui ainda condições para realizar medicação endovenosa, se necessário.

O PM está equipado para poder servir com todas as condições básicas que permitam evitar a deslocação de um trabalhador ao Serviço de Urgência ou ao seu Centro de Saúde, durante o horário de trabalho por questões de doença súbita não urgente e não grave.

No seguimento do Decreto-Lei nº 184/2012, de 8 de agosto, que refere que (2012, p.4182):

É obrigatória a instalação de equipamentos de DAE nos seguintes locais de acesso ao público:

a) Estabelecimentos de comércio e conjuntos comerciais abrangidos pelas alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 21/2009, de 19 de janeiro;

b) Aeroportos e portos comerciais;

c) Estações ferroviárias, de metro e de camionagem com fluxo médio diário superior a 10 000 passageiros;

d) Recintos desportivos, de lazer e de recreio com lotação superior a 5000 pessoas.

A empresa possui, nas suas instalações, dois Desfibriladores Automáticos Externos (DAE), um situado no PM e o outro no PTC. Isto acontece dado o elevado número de funcionários da empresa e visto que são dois polos distintos. Desta forma, é possível cumprir os tempos indicados para a utilização do DAE e otimizar a cadeia de sobrevivência. Os DAE estão devidamente licenciados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) e estão definidos os operadores dos mesmos que são, para além dos médicos da empresa, os enfermeiros do trabalho e colaboradores das equipas de emergência, estando todos os operadores devidamente formados e autorizados para o manuseamento dos aparelhos.

De forma a reduzir ao mínimo as falhas na ativação e atuação na cadeia de sobrevivência, é realizado anualmente um curso de "reciclagem", em tudo equivalente ao curso base da formação de Suporte Básico de Vida (SBV) com DAE, realizado inclusivamente por empresa certificada pelo INEM e em que todos os operadores autorizados do DAE participam. As equipas de emergência referidas anteriormente, são várias equipas distribuídas pelos vários setores em que, em todos os turnos, existem elementos responsáveis e previamente preparados para atuar em caso de qualquer tipo de emergência. Esta preparação é assegurada através de formação inicial e através de diferentes tipos de simulacros realizados ao longo de cada ano pela empresa. São realizados simulacros que envolvem diretamente a equipa do PM e direcionados especificamente para a área da saúde, mas também simulacros que envolvem todas as equipas de emergência, como por exemplo, em caso de evacuação. Esta constante prática tem como principal objetivo avaliar e corrigir possíveis falhas, bem como otimizar tempos de resposta, assim como manter os colaboradores alerta e sensibilizados para este tipo de situações, permitindo que, em possível situação real, todo o processo decorra com a máxima coordenação.

De forma a cumprir com toda a legislação e regulamentação específica da área de SST, no SSO da nossa empresa de estudo estão implementadas e são realizadas várias atividades nos diversos âmbitos. Entre elas:

- Realização de exames periódicos, ocasionais e de admissão a todos os trabalhadores da empresa, na periodicidade indicada por Lei;
- Identificação e avaliação dos riscos profissionais, em conjunto com a equipa de AS&S, nos diferentes setores;
- Encaminhamento pelo Médico do Trabalho e realização de consultas de especialidade, sempre que se verifique necessário;
- Organização dos processos clínicos

- dos trabalhadores, bem como as suas respectivas fichas de aptidão, para que a informação esteja acessível ao Médico, sempre que necessário, mas protegida de forma a manter o sigilo profissional;
- Realização de atividades de promoção e educação para a saúde, realizadas trimestralmente, ou quando se verifica essa necessidade, tais como formações, distribuição de panfletos, pôsteres, entre outros;
 - Participação, como parte integrante, do cumprimento e atualização do plano interno de emergência, nas diversas situações, nomeadamente em situações de urgência/emergência médica, evacuação, catástrofe ou incêndio;
 - Atuação em caso de AT ou DP, quer na prestação dos cuidados de saúde, bem como na resolução e auxílio nas questões burocráticas, em conjunto com o trabalhador e a equipa de AS&S;
 - Reconhecimento e reporte de situações relativas a riscos profissionais para a saúde dos trabalhadores;
 - Implementação e reposição de caixas de primeiros socorros e dos lava-olhos, distribuídos pelos vários setores da empresa;
 - Participação e colaboração em simulacros e auditorias, quer internas quer externas, ao PM ou à empresa em geral;
 - Realização de uma análise mensal e anual da utilização do SSO, traduzindo-os em dados estatísticos que permitem avaliar quais os maiores riscos a que os profissionais estão sujeitos;
 - Visitar os locais de trabalho, sempre que se verifique necessário, de forma a avaliar a exposição ao risco de um determinado colaborador;
 - Participação e disponibilização de aconselhamento relativo a questões de SST, sempre que necessário;
 - Monitorização e controlo dos problemas

de saúde mais comuns na população portuguesa, tais como Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes, de forma a reduzir o risco de doença cardiovascular;

- Vacinação sazonal da gripe, disponibilizada pela empresa a todos os trabalhadores que assim o desejem;
- Realização bial de exames audiométricos e de testes de acuidade visual a colaboradores considerados de risco elevado;
- Prestação de serviços de medicina curativa aos colaboradores que o necessitem.

Estas atividades e intervenções têm como principais objetivos a prevenção dos riscos para a saúde dos trabalhadores, a promoção da saúde e da segurança no trabalho, bem como a vigilância da saúde dos trabalhadores, de forma a alcançar o equilíbrio no binómio saúde - trabalho.

O PAPEL DO ENFERMEIRO DO TRABALHO

O enfermeiro do trabalho, de acordo com Oliveira e André (2010, p. 117) referindo-se a Rasteiro, deverá “desempenhar um papel preponderante a nível do desenvolvimento e melhoria da saúde da população ativa, através de ações como proteger, promover e melhorar essa mesma saúde”.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam de forma mais próxima com os trabalhadores, devendo desempenhar o seu papel de agentes educadores no que diz respeito à saúde, higiene e segurança. Nas empresas, o papel do enfermeiro do trabalho está diretamente relacionado com a legislação existente, a perspetiva dos empregadores, a iniciativa do próprio profissional e, principalmente, do valor atribuído pelas próprias organizações à enfermagem do trabalho (Oliveira e André, 2010).

Em 2018, a Ordem dos Enfermeiros publicou no Diário da República o Regulamento da competência acrescida diferenciada em

enfermagem do trabalho, o que proporcionou impulsionar a formação específica nesta área e o reconhecimento dos profissionais. Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018, p. 16805)

O exercício de Enfermagem do Trabalho é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, enquanto trabalhador, a nível ocupacional e no local de trabalho, no âmbito da promoção e proteção da sua saúde, do seu bem-estar e da prevenção na exposição aos riscos/acidentes de trabalho, num papel de gestão de cuidados, participação na investigação e integrado na equipa de saúde. Constitui -se como componente efetiva para obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a gestão do risco profissional, da taxa de acidentes de trabalho e da taxa de doenças profissionais. Importa, pois, ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2018,p.16805) define ainda que o Enfermeiro do Trabalho é

(...) Detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da Enfermagem do Trabalho, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional na área, que em contexto de atuação multiprofissional, é responsável por assegurar o processo de cuidados de enfermagem, ao trabalhador ou grupo de trabalhadores, no momento e local de trabalho, garantindo um atendimento integral, preventivo, efetivo e oportuno; desenvolvendo uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

O Enfermeiro do Trabalho tem uma área de intervenção vasta e complexa, pois tem lugar em todas as esferas da sociedade onde

existam trabalhadores.

A publicação do Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (n.º. 372/2018 de 15 de junho) constituiu um contributo marcante para a profissão de enfermagem, para o desempenho de funções em serviços de SO e para o reconhecimento social do papel e intervenção do enfermeiro do trabalho.

No âmbito deste trabalho e, no sentido de apresentar propostas positivas de carácter de solução, de melhorias para o serviço e para a empresa, importa referir que o enfermeiro de trabalho é um profissional com competências, saberes e dinamismos próprios integrados em equipas multiprofissionais, num trabalho em complementaridade e interdisciplinaridade com os serviços de Segurança no Trabalho.

Neste sentido e tendo em conta as competências acrescidas diferenciadas ao enfermeiro do trabalho, que são esperadas a qualquer enfermeiro após o processo formativo de um curso de pós-graduação em enfermagem do trabalho e no âmbito do desempenho de funções em serviço de SO, a Ordem dos Enfermeiros diz-nos que a competência acrescida diferenciada (DR 2ª série, n.º114, Junho de 2018, p. 16805) associada à enfermagem do trabalho inclui,

(...) Conhecimentos, habilidades e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências do enfermeiro, a perícia e o desenvolvimento do conhecimento numa área de intervenção diferenciada que não colida com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Além do referido, também a preocupação e sensibilização para a gestão dos resíduos está muito presente no PM, assim como em todos os setores da empresa, uma vez que este é também um dever do Enfermeiro do Trabalho, segundo o Regulamento da competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho (DR 2ª série, n.º114, Junho de 2018, p. 16808) que:

Aconselha a implementação de medidas

na gestão adequada dos recursos naturais, minimização da produção de resíduos, promoção da reciclagem e garantia de que a gestão da saúde ambiental é colocada na política da organização.

Importa referir que os enfermeiros do trabalho desenvolvem a sua acção, no âmbito da Consulta de Enfermagem, ao trabalhador e grupo de trabalhadores desta empresa em referência, de uma forma holística, respeitando a individualidade e confidencialidade de cada e todos os trabalhadores, com ênfase no processo de enfermagem, focalizando toda as intervenções na promoção da saúde, reduzindo o absentismo e melhorando as capacidades de cada trabalhador no seu sentido de ser proactivo da sua saúde, contribuindo para um bom desempenho na empresa.

Importa salientar que também existe a Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho, que é uma associação sem fins lucrativos, mas que tal como a Ordem dos Enfermeiros, fomenta as boas práticas de Enfermagem do Trabalho e contribui para o desenvolvimento da investigação em enfermagem do trabalho. Esta associação elucida-nos de produções científicas recentes e atualizadas sobre o enquadramento legal da enfermagem do trabalho, promove debates e reuniões científicas dos contributos da prática do enfermeiro do trabalho e a quem estiver interessado, poderá se inscrever e tornar-se membro desta associação, que igualmente é um contributo a todos os enfermeiros do trabalho.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

A saúde dos trabalhadores é um fator fundamental que deve ser avaliado em termos de dados de SO, nomeadamente: absentismo por doença em geral, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, incluindo incapacidade a curto e longo prazo. O estado de saúde individual dos trabalhadores

constitui outro aspeto essencial a ter em conta, podendo esta informação ser obtida através de avaliação/diagnóstico confidencial, de visita pela empresa com lista de verificação e/ ou através de conversa com as chefias de proximidade, trabalhadores e, de forma ideal, com um profissional de saúde (OMS, 2010).

A entidade empregadora deve assegurar a vigilância adequada da saúde dos trabalhadores, de acordo com a lei em vigor e estipulado no Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Neste sentido, a entidade empregadora deve "promover a realização de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo" (Lei nº 102/2009 de 10 de setembro).

Desta forma, no que diz respeito à vertente da vigilância da saúde dos trabalhadores, os exames de saúde podem ser de três tipos:

- a) Admissão: antes do início da prestação do trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes;
- b) Periódicos: anual para os menores de 18 anos e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores;
- c) Ocasionais: sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a trinta dias por motivo de doença ou acidente.

Nesta empresa em particular, o exame de admissão de um novo trabalhador é realizado previamente ao início do exercício de funções, pelo que são os RH que o agendam.

No que diz respeito aos exames de admissão, na consulta de enfermagem do trabalho é realizada a colheita de sangue para análises gerais e é feita a avaliação da

tensão arterial, frequência cardíaca e peso do trabalhador em quilogramas. É realizado também eletrocardiograma, audiograma e teste de acuidade visual e, posteriormente, o colaborador é encaminhado para uma consulta médica.

No caso dos exames periódicos e ocasionais, o seu agendamento é realizado pela equipa de enfermagem, sendo que as convocatórias são, preferencialmente, realizadas por correio eletrónico e, em alternativa, por telefone.

Quanto aos exames periódicos, nos colaboradores com idade até cinquenta anos, estes são realizados de dois em dois anos, passando depois a realizarem-se anualmente nos colaboradores com idade superior a cinquenta. Ressalva-se ainda o facto de que, os trabalhadores expostos a campos eletromagnéticos e/ou a vibrações, os exames são realizados anualmente, independentemente da idade.

São também realizados, bienalmente exames de rastreio auditivo e visual (em anos alternados) aos colaboradores que se encontram em sectores de risco.

Quanto aos exames periódicos de colaboradores com menos de 40 anos, na consulta de enfermagem do trabalho, é realizada a avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca e peso em quilogramas; seguido da consulta médica.

Por outro lado, nos exames periódicos de colaboradores a partir dos 40 anos, a consulta de enfermagem do trabalho engloba uma avaliação do colaborador mais pormenorizada. Assim é efetuada a avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca e peso do trabalhador em quilogramas e é realizado eletrocardiograma, audiograma e teste de acuidade visual previamente à consulta médica.

No que concerne aos sistemas de informação, a nossa empresa não dispõe de sistema informático, pelo que os registos, relativos ao processo de saúde cada colaborador, é realizado manualmente em suporte papel. Este facto é relevante e seria importante que

a empresa pudesse melhorar e modernizar os seus sistemas de informação em saúde.

Relativamente à vacinação e ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, regra geral, a única vacina que os enfermeiros de trabalho administram aos colaboradores é a da gripe sazonal. Comumente, a empresa disponibiliza um prazo para inscrições para quem estiver interessado em fazer a vacina, adquire-a e disponibiliza-a ao trabalhador por um preço reduzido em relação ao valor de mercado. No ano passado, pelo contexto de pandemia, a empresa disponibilizou gratuitamente a vacina da gripe sazonal.

Na empresa de estudo, os enfermeiros do trabalho não dispõem de ferramentas de trabalho que lhes possibilitem verificar o estado vacinal dos seus trabalhadores, lacuna esta que seria importante modificar, bem como num futuro próximo, ao se criar os suportes informáticos de registos das actividades da Consulta de Enfermagem do Trabalho, também seria uma oportunidade para os enfermeiros do trabalho desta empresa, desenvolvessem um processo de articulação com os enfermeiros dos CSP e USF no sentido da articulação da gestão do processo vacinal dos trabalhadores, com recurso ao Registo de Saúde Eletrónico.

O processo de saúde de cada colaborador está identificado pelo próprio número do colaborador na empresa. Contudo, cada especialidade tem um processo diferente e uma folha de registos própria, o que implica a utilização de uma grande quantidade de papel. Relativamente aos registos de enfermagem, o colaborador não tem um processo de enfermagem, pelo que estes registos são realizados em folhas diárias.

Seria uma mais-valia para a empresa e colaboradores, a sistematização dos registos de saúde num sistema de informação de saúde informatizado, compilando todas as informações de cada colaborador no que diz respeito a questões de saúde.

Ressalva-se que a ficha clínica está sujeita ao segredo profissional, podendo apenas ser facultada às autoridades de saúde e

aos médicos afetos ao organismo com competência para a promoção da segurança e da saúde no trabalho do ministério responsável pela área laboral. Esta ficha não deverá conter dados sobre a raça, a nacionalidade, a origem étnica ou informação sobre hábitos pessoais do trabalhador, a menos que estes últimos se relacionem com patologias específicas ou com outros dados de saúde.

No caso de o trabalhador deixar de prestar serviço na empresa, o médico responsável pela vigilância da saúde deverá entregar ao mesmo uma cópia da sua ficha clínica. Nas situações em que haja cessação da atividade, as fichas clínicas devem ser enviadas para o serviço com competências para o reconhecimento das doenças profissionais na área da segurança social.

De acordo com o resultado do exame de admissão, periódico ou ocasional, o médico do trabalho, na sequência do exame realizado, deverá preencher uma ficha de aptidão e encaminha-a ao responsável dos recursos humanos da empresa. Caso o resultado do exame de saúde revele inaptidão do colaborador, o médico do trabalho deve indicar outra função que o mesmo possa desempenhar, caso seja possível.

A referida ficha de aptidão não pode conter elementos que envolvam segredo profissional e deverá ser fornecida ao trabalhador que a deverá datar e assinar.

É ainda de salientar que, no caso da repercussão do trabalho e das condições em que este é prestado, for prejudicial à saúde do trabalhador, o médico do trabalho deve comunicá-lo ao responsável pelo serviço de segurança e saúde no trabalho e, se o estado de saúde o justificar, requerer o seu acompanhamento pelo médico assistente do centro de saúde ou outro médico indicado pelo trabalhador.

PROPOSTA DE MELHORIA: CRECHE E JARDIM DE INFÂNCIA

O intuito da criação de uma creche/jardim-de-infância de proximidade aos trabalhadores e ao local de trabalho, com respostas educativas para os filhos com idades compreendidas entre os 3 meses e os 5 anos, terá como principal objetivo o equilíbrio entre a vida familiar e a profissional.

A competitividade do mercado exige, diariamente, das organizações uma mudança radical na gestão de pessoas. A procura de novas políticas de recursos humanos adotando programas participativos, a valorização do indivíduo e a sua formação, são estratégias para enfrentar as incertezas e a renovação constante do clima organizacional. Com estas alterações, fica muitas vezes prejudicado o tempo disponível para a família e nomeadamente o acompanhamento aos filhos, dificultando horas que permitam ir levar e buscar as crianças em idade pré-escolar, com tranquilidade.

Esta iniciativa será representativa do compromisso da empresa em garantir o bem-estar dos trabalhadores. Pretende-se, portanto, criar uma cumplicidade entre os trabalhadores, os seus filhos e a empresa que os apoia. Podemos, com esta proposta, definir os seguintes objetivos principais:

- Melhorar o índice de satisfação dos trabalhadores em termos de iniciativas de responsabilidade social interna, favorecendo o clima organizacional;
- Promover o equilíbrio entre a vida profissional e a vida familiar;
- Promover a interatividade dos pais trabalhadores com os seus filhos, garantindo um serviço fiável e de qualidade, tranquilizando e dando serenidade aos pais, elevando a eficiência no trabalho, melhorando a sua qualidade de vida.
- Esta iniciativa poderá beneficiar tanto a empresa como os trabalhadores.

Colaboradores mais satisfeitos = aumento de produtividade.

De encontro aos objetivos definidos, os benefícios passam por uma regalia para o trabalhador e uma vantagem que permitirá melhorar a sua qualidade e ritmo de vida; para a empresa, permite a diminuição dos índices de absentismo e um aumento da produtividade. Tudo isto permitirá uma organização eficiente com colaboradores satisfeitos e motivados. Preços acessíveis, horário alargado (não sendo necessário sair a correr para ir buscar os miúdos), abertura todo o ano (evita a obrigatoriedade de férias do trabalhador em agosto), flexibilidade de horário (permite ao trabalhador maior facilidade de prestar trabalho suplementar sem a preocupação de ter de ir buscar os filhos), poderão ser outros benefícios desta iniciativa. Pode ser ainda referido como grande benefício, o aumento da motivação e consequentemente a diminuição do absentismo.

Em caso de mães trabalhadoras que estejam a amamentar, o facto de poderem manter o vínculo da amamentação durante o dia de trabalho, seja em momentos de pausa, horas de almoço, ou término do horário estabelecido, sem o stress e a ansiedade de viagens, trânsito e o encurtamento dos horários, poderá beneficiar a vida das mesmas.

Reestruturar uma empresa de forma socialmente responsável, significa levar em consideração e equilibrar os interesses de todas as partes envolvidas que são afetadas pelas mudanças e decisões. Na prática, a forma como decorre o processo é, muitas vezes, tão importante como o fundo para o sucesso da reestruturação, implicando, nomeadamente, a participação e a associação de todos os elementos. Além disso, a reestruturação deverá ser cuidadosamente preparada através da identificação dos riscos mais significativos, de uma previsão de custos – diretos e indiretos – a par de estratégias e políticas alternativas.

Os recursos humanos necessários para as instalações da creche/infantário, serão:

- a) Um diretor técnico com preparação técnica adequada;
- b) Um educador de infância afeto a cada grupo de crianças a partir da aquisição da marcha;
- c) Um elemento auxiliar do pessoal técnico para cada grupo de 10 crianças;
- d) Um cozinheiro;
- e) Empregados auxiliares, de acordo com a dimensão do estabelecimento.

Em termos de recursos físicos, estruturais e de legislação, será necessário dispor de um edifício centralizado com salas para dividir as crianças, casas-de-banho, sala de convívio/ espaço comum, bem como licenças de funcionamento.

Com a implementação desta iniciativa teremos crianças felizes e corretamente acompanhadas; pais dedicados, tranquilos e atenciosos; trabalhadores realizados, tranquilos, eficientes e dedicados e empresas eficientes com equipas envolvidas e produtivas.

Para a OMS (2010) um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho. Com a proposta da creche queremos seguir esta premissa, defendida igualmente nas unidades de competências do Enfermeiro com competência diferenciada atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

A empresa que abordámos iniciou obras, que pretendem terminar no próximo ano, em vários sectores, de forma a otimizar as condições de trabalho dos colaboradores, centrando-se na iluminação, temperatura e reestruturando as divisões físicas de forma a promover um ambiente mais amplo e aberto que permita reduzir a sensação de separação e sentimento de corpo diretivo inatingível.

Após a realização deste trabalho de opinião e reflexão de grupo, foram reconhecidas algumas medidas já implementadas que asseguram condições de segurança aos trabalhadores, justificando assim, o baixo número de perigos que fomos identificando.

É pois, nossa finalidade com a frequência do curso de pós graduação de Enfermagem do Trabalho, adquirir todas as competências necessárias e os contributos, para em breve nos possa ser atribuída esta competência acrescida diferenciada, como uma mais-valia no nosso percurso e desempenho profissional como enfermeiros do trabalho.

É, com base nas orientações da Ordem dos Enfermeiros, entidade responsável pela atribuição dos títulos e processos de regulamentação, que passaremos a reger a nossa prática, enquanto enfermeiros do trabalho, com respeito e atenção á deontologia da profissão, garantindo a saúde e segurança dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andolfi, M. (1981) - A Terapia Familiar. Lisboa: Editorial Veja.

Agência Europeia Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA). (2000). Prevenir as

Perturbações Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho. Obtido de osha.europa.eu/pt/tools-andpublications/publications/factsheets/4/view.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SAUDE E SEGURANÇA NO TRABALHO (2007) –

Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho. Obtido de: <http://eu-osha.europa.eu/pt/tools-aupublications/factsheets>.

Antunes, Ricardo (2009). Enfermagem do Trabalho: Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho. (Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

APSEI. (s.d.). Obtido de Segurança no Trabalho: <https://www.apsei.org.pt/areasdeatuacao/seguranca-no-trabalho/ergonomia/>.

Coelho, J. (2009). Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no

Quadro da União Europeia [PDF]. Obtido de: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1388>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURANÇA (APSEI). (2016) - Segurança no

trabalho. Obtido de: <https://www.apsei.org.pt/areas-de-actuacao/seguranca-no-trabalho/ergonomia/>

Diário da República n.º 183/2015, Série I de 2015-09-18 (8318 - 8324) - Resolução do Conselho de Ministros n.º 77/2015 de 18 de setembro (2015) – Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015 – 2020 Disponível em:

[https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Itens/Noticias/Documents/ENSST%202015-20120.pdf](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Itens/Noticias/Documents/ENSST%202015-20120.pdf)

Diário da República n.º 153/2012, Série I de 2012-08-08 (4182 - 4183) – Decreto-Lei n.º 184/2012, de 8 de agosto Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/175280>

Direção-Geral da Saúde (2010) – Circular Normativa n.º 6, de 31 de março de 2010 Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/circulares/circular-normativa-n-06dsppsdcvae-de-31032010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2014) – Orientação N.º 008/2014 Organização e Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho

dos Centros Hospitalares/Hospitais. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/orientacoes/orientacao-n-82014-de-21052014-organizacao-e-funcionamento-do-servico-de-saude-ocupacionalsaude-e-seguranca-do-trabalho-dos-centros-hospitalares-hospitais.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018) – Programa Nacional de Saúde Ocupacional

(PNSOC), Extensão 2018-2020. Lisboa: DGS, 2018. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020.aspx>

Direção-Geral da Saúde (s. d.) – Organização de Serviços de Saúde do Trabalho. DGS, Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacao-de-servicos-de-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-e-funcionamento/atividades.aspx>

Declaração de Retificação n.º 20/2014 de 27 de março de 2014. Diário da República n.º 61/2014, Série I de 2014-03-27 (2184 – 2185) Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/571613/details/>

maximized

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência;

Friedman, M.M. (1992). *Family Nursing. Theory and Practice*. (3rd edition) Norwalk Connecticut: Appleton & Lange;

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência;

Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS). (2018). *Manual de Segurança e*

Saúde no Trabalho. Obtido de: http://www.igas.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, com as atualizações introduzidas pelo DL n.º 88/2015, de 28/05, pela Lei n.º 146/2015, de 09/09 e pela Lei n.º 28/2016, de 23/08, aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República I série*, nº176 (10-09-2009) (6167-6192)

Ordem dos Enfermeiros. (2000). *Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o Seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Organização Mundial de Saúde (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*. Traduzido pelo Serviço Social da Indústria (SESI Brasil). Disponível em: https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis*.

Obtido de: https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf

Pereira, A. (2016). *Perceções dos Enfermeiros sobre a Saúde Ocupacional*. (Tese de Mestrado publicada). Porto: Escola Superior de Enfermagem.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento

n.º. 372/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem do Trabalho. "Diário da República". Lisboa II Série (114). 15 de Junho. pp. 16804-16810.

Relvas, A.P. (1996) – *O Ciclo Vital da Família: Perspectivas Sistémica*. Porto, Edições Afrontamento;

Sequeira, P.M.D. (2020). *A Enfermagem de Saúde Familiar e o Ambiente Familiar: Aspetos Primordiais ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar*. *Revista Sinais Vitais* (130). Agosto. pp. 17-28;

HIPEROXEMIA E PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO: SCOPING REVIEW



PAULA CRISTINA SANTOS ROCHA

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica – Hospital de Santa Cruz (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental)

ANTÓNIO JOSÉ DE LOPES ALMEIDA

Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma – Hospital de São José (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central)

RESUMO

Conhecer que o que existe publicado sobre o impacto da hiperoxemia no aparecimento da pneumonia nos doentes ventilados.

MÉTODO: Scoping review realizada segundo as linhas orientadoras definidas pelo Joanna Briggs Institute, com os termos de pesquisa “hyperoxemia” OR “hyperoxia” AND “VAP” OR “ventilator associated pneumonia” OR “ventilator-associated pneumonia” OR “ventilator acquired pneumonia” AND “intensive care unit” OR “intensive care” OR “ICU”, nas bases de dados EBSCO host, Scopus e PubMed. Dois revisores realizaram a análise dos artigos pela leitura do título e do abstract, procedendo-se à extração e síntese dos diferentes resultados. No final foi possível incluir 4 estudos no presente trabalho.

RESULTADO: A hiperoxemia é responsável por alterações fisiológicas do alvéolo que condicionam uma resposta correta contra os agentes infecciosos, bem como criam condições estruturais favoráveis ao aparecimento da hyperoxic acute lung injury (HALI). O conjunto de alterações estruturais e de defesa criam no pulmão o ambiente favorável à instalação da pneumonia associada ao ventilador.

CONCLUSÃO: Apesar dos estudos apresentados contarem com amostras pequenas e sem a presença de contextos de cuidados intensivos diversificados, parece existir uma relação entre hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador.

DESCRITORES: hiperoxemia; pneumonia associada ao ventilador (PAV)

INTRODUÇÃO

Na nossa prática diária de trabalho numa unidade de cuidados intensivos, independentemente da sua especificidade, a pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma constatação frequente, envolvendo cerca de 8 a 28% dos doentes ventilados e com elevada taxa de mortalidade, na ordem dos 24 a 50% dos doentes infetados, bem superior aos 1 a 4% dos doentes com

outros focos infecciosos.¹ O enquadramento da sintomatologia, dos aspetos clínicos e radiológica da PAV definido pelo The Centers for Disease Control and Prevention (CDC)^{2,3}(quadro1) não é consensual¹ visto a sintomatologia ser transversal a outras patologias⁴ baseando o consenso nesta situação em particular, na obrigatoriedade do doente ter pelo menos 48 horas de ventilação invasiva.^{3,5}

Quadro 1- Sintomatologia da Pneumonia Associada ao Ventilador (resumo)^{3,6}

Imagem radiológica (pelo menos uma alteração em duas ou mais radiografias seriadas)	Novo ou progressivo e persistente infiltrado pulmonar Zonas de consolidação Zonas de cavitação
Sintomatologia (pelo menos uma alteração)	Febre superior a 38° Leucopenia (< 4000 WBC/ml) ou leucocitose (> 12000 WBC/ml) Alteração do estado mental sem motivo aparente em indivíduos com mais de 70 anos
Achados pulmonares (pelo menos duas alterações)	Aparecimento de secreções purulentas, ou alteração da características das secreções ou aumento da quantidade de secreções ou aumento da necessidade de aspiração Agravamento das trocas gasosas (dessaturação, aumento da necessidade de oxigénio ou necessidade de aumentar os parâmetros ventilatórios) Aparecimento ou agravamento da frequência da tosse, dispneia ou taquipneia Roncos
Microbiologia (pelo menos uma)	Cultura positiva minimamente contaminada do trato respiratório inferior Cultura positiva do líquido pleural Cultura positiva no exame histológico do tecido pulmonar Hemocultura positiva desde que não exista outro foco de infeção

A classificação da gravidade da PAV está relacionada, para além do estado hemodinâmico e imunológico do doente, com a altura pós ventilação em que esta surge, bem como com o agente infeccioso em questão. As pneumonias de instalação precoce, antes das 48 horas após entubação até 4 dias após entubação, são normalmente causadas por agentes infecciosos diferentes das pneumonias tardias, que ocorrem 5 ou mais dias após entubação, sendo ainda que as pneumonias de instalação precoce têm melhor prognóstico do que as de instalação tardia.¹ Esta divisão entre PAV precoce e tardia, para orientar o tratamento e o prognóstico não é unanime,¹ pelo que a divisão mais consensual não é a que é baseada no tempo de ventilação, mas sim no agente patogénico. Esta divisão

permite assim agrupar a PAV no grupo dos denominados core pathogens onde se englobam: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Enterobacter spp*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*, *Serratia marcescens* e MSSA e nos *multidrug resistant (MDR) pathogens* onde estão incluídos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Klebsiella pneumoniae* (ESBL+) e MRSA.² Neste último grupo a resistência antimicrobiana, pode dificultar o tratamento bem como comprometer o resultado.

Existem determinantes que sabemos a priori, serem fatores conducentes ao aparecimento desta patologia. A invasão de um espaço estéril como seja a via aérea inferior, nunca está livre de efeitos secundários. Se a isto juntarmos a duração da ventilação, o

estado imunológico e hemodinâmico do doente com necessidade de ventilação, temos um conjunto muito abrangente de fatores que podem conduzir à PAV. Esta condição pela gravidade que por vezes apresenta, é responsável pelo aumento do número de dias de ventilação invasiva e de internamento,⁷ aumento do uso de antimicrobianos,⁸ da mortalidade^{9,10} e de recursos.² A juntar a estes resultados temos ainda o facto de o tratamento da PAV ser responsável pelo aumento da resistência aos antimicrobianos.^{8,11} O feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação veio contribuir para a uniformização de procedimentos com vista à prevenção da PAV. A nossa melhor prática para a prevenção da PAV pretende ter como resultado final a diminuição dos dias de duração da ventilação invasiva, dos dias de internamento, da utilização dos antibióticos, dos eventos associados ao ventilador, dos custos inerentes ao tratamento e da mortalidade.¹² No entanto, as práticas associadas à prevenção da PAV como sejam a utilização da cloro-hexidina, profilaxia para prevenção da úlcera de stress, elevação da cabeceira da cama, minimização da sedação, evitar a substituição de circuitos ventilatórios se não estiverem sujos ou disfuncionantes e promover períodos de desmame ventilatório, continuam ainda envoltas em controvérsia,¹³ apesar de serem um contributo valioso para a prevenção.

O oxigénio (O₂) como elemento de tratamento (da pneumonia) foi descrito pela primeira vez em 1885 por Holtzapfle.¹⁴ O O₂ ocupa 20,94% do ar atmosférico, sendo essencial aos processos metabólicos dos seres vivos e em particular à produção de adenosina trifosfato,^{15,16} mas por outro lado, quando administrado em doses tóxicas tem a capacidade de provocar alterações graves a nível molecular, principalmente pela formação de *reactive oxygen species* (ROS).¹⁷ Em situações de administração supra fisiológica, são conhecidos os seus efeitos deletérios ao nível cardiovascular, neurológico¹⁵ e pulmonar.^{18,19} Ao nível pulmonar podem ser observadas alterações

da parede dos alvéolos,²⁰ disfunção dos macrófagos conduzindo a uma maior dificuldade no combate às infeções,²¹ alteração da função muciliar e a um grupo de sintomatologia/alterações estruturais denominada *hyperoxic acute lung injury* (HALI).

Esta situação clínica é caracterizada por uma resposta inflamatória pronunciada com infiltração dos tecidos por leucócitos, destruição dos pneumócitos por apoptose ou necrose²² e destruição dos macrófagos.^{20,23} A instalação de uma situação de HALI, visto produzir alterações estruturais importantes nos alvéolos, pode provavelmente criar um ambiente propício à instalação de uma pneumonia.¹⁸ Existe no entanto, dificuldade em definir o verdadeiro valor a partir do qual afirmamos existir hiperoxemia, visto os valores de referência para a PaO₂ terem uma grande amplitude, no entanto esta pode ser dividida em hiperoxemia moderada quando o valor da PaO₂ se situa entre os 120 e os 200mmHg¹⁰, valor a partir do qual existe uma saturação quase completa da oxihemoglobina²⁴ e hiperoxemia severa se estão presentes valores entre 200 até 450 mmHg.^{25,26} Importa também distinguir o termo hiperoxemia do termo hiperoxia. A hiperoxemia refere-se a uma elevação da PaO₂ e a hiperoxia a um aumento da FiO₂,¹⁷ podendo ambas não estarem presentes ao mesmo tempo. Apesar do conhecimento que existe sobre a agressão sistémica e pulmonar provocada por uma situação de hiperoxemia,²⁷ nem sempre existe o cuidado de fazer um controlo apertado da administração de oxigénio principalmente quando o FiO₂ se situa abaixo dos 40%,²⁸ sendo esta uma situação recorrente nos doentes ventilados,^{29,30} muitas vezes por receio da instalação de uma situação de hipoxemia.³¹

Esta revisão da literatura pretende identificar estudos acerca do efeito da hiperoxemia nos doentes ventilados e de que modo esta situação pode aumentar a probabilidade de se instalar uma situação de PAV. A pergunta às quais pretendemos encontrar resposta

são:

- Pode a hiperoxemia conduzir ao aumento de casos de pneumonia associada ao ventilador?

Com os resultados obtidos temos por finalidade contribuir com conhecimentos para a prática clínica.

METODOLOGIA

Realizámos uma scoping review de acordo com as orientações da Joanna Briggles Institute (JBI).³² Foi utilizada a mnemónica PCC (População/Conceito/Contexto) e com base nisso foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

P - (população) – Pessoa adulta (mais de 18 anos), ventilada, com diagnóstico de PAV

C- (conceito) - hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador

C – (contexto) - cuidados intensivos

Os filtros utilizados foram definidos em cada base de dados e a pesquisa realizada por dois revisores em separado. O período temporal das publicações situou-se entre 2015-2019 e a busca foi realizada entre 10 e 17 de dezembro de 2019. Após a consulta de cada base de dados, foi aproveitado o resultado de pesquisa mais refinada. Para cada base de dados, os termos que permitiram encontrar artigos para consulta foram:

EBSCO

TX ("intensive care unit" OR "ICU" OR "Intensive care") AND TX (hyperoxemia OR hyperoxaemia) AND TX ("ventilator associated pneumonia" OR "VAP" OR "ventilator-associated pneumonia" OR "ventilator acquired pneumonia") AND TX (adults OR adult)

Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20191231; Language: English

Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes

Modos de pesquisa - Booleana/Frase

SCOPUS

adult OR adults AND hyperoxemia OR hyperoxia OR hyperoxaemia AND "ventilator associated pneumonia" OR "ventilator-associated pneumonia" OR "ventilator acquired pneumonia" AND "intensive care unit" OR "intensive care" OR "ICU" AND (LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine") OR LIMIT TO (EXACTSRCTITLE , "Critical Care") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Critical Care Medicine") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Intensive Care Medicine") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Best Practice And Research Clinical Anaesthesiology") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Plos One") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Acta Anaesthesiologica Scandinavica") OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "American Journal Of Respiratory Cell And Molecular Biology") OR LIMIT TO (EXACTSRCTITLE , "Anesthesiology")) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "United States") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Canada") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Germany") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "United Kingdom") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Netherlands") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Switzerland")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ch") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "bk") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "IMMU")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "b") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "k"))

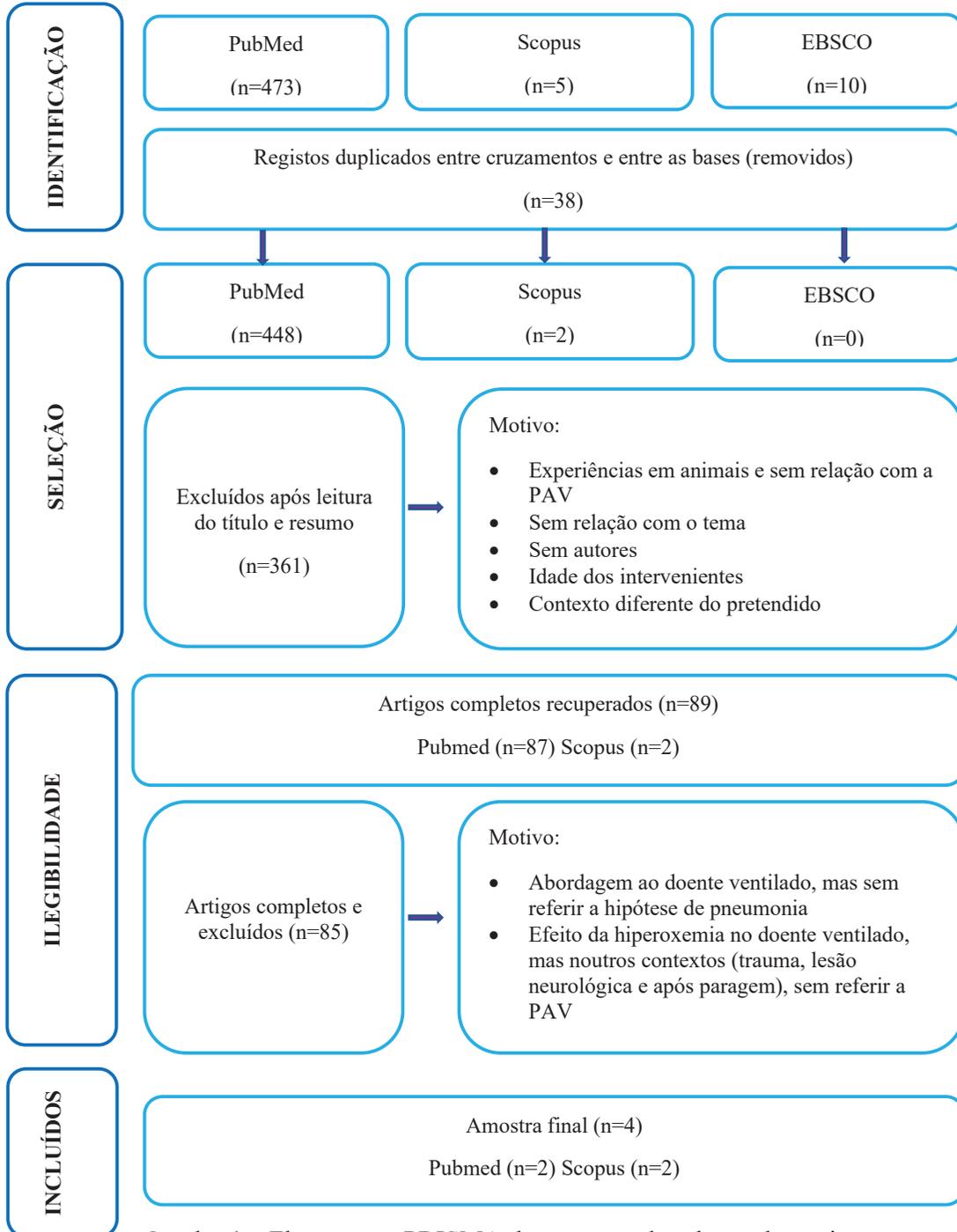
PUBMED

((((((((((((((adult) AND "hyperoxemia") OR "hyperoxia/complications") OR "hyperoxia/effects") OR "hyperoxemia measurements") OR "hyperoxia effects") OR hyperoxemia AND "ventilator associated pneumonia") OR "ventilator associated pneumonia risk") OR "ventilator-associated pneumonia") AND "ventilator acquired pneumonia") AND "intensive care unit") OR "intensive care" OR "ICU")) AND (((((((((((((((adult) AND "hyperoxemia") OR "hyperoxia/complications") OR "hyperoxia/effects") OR "hyperoxemia measurements") OR "hyperoxia effects") OR hyperoxemia AND "ventilator associated pneumonia") OR "ventilator associated pneumonia risk") OR "ventilator-associated pneumonia") AND "ventilator acquired pneumonia") AND "intensive care unit") OR "intensive care" OR "ICU")) AND free full text[sb]) AND free full text[sb] AND English[lang] AND jsubstn[text] AND adult[MeSH]

RESULTADOS

Foram selecionados 4 artigos (PubMed=2 e Scopus=2), de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. No quadro 1 é apresentado o percurso de seleção

dos artigos, segundo o método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)³³ e no quadro 1 apresenta-se a extração de resultados dos artigos.



Quadro 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos

Quadro 1 – Apresentação dos artigos identificados na *scoping review*

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo/ metodologia	Objetivos	Amostra	Tipo de intervenção	Resultados
Does hyperoxia enhance susceptibility to secondary pulmonary infection in the ICU? ^{31*}	Benedikt Nußbaum Peter Radermacher Pierre Asfar Clair Hartmann	2016	Revisão bibliográfica	Descrever o que existe sobre os efeitos sistêmicos da hiperoxemia	--	Estudos incluídos na revisão	Apesar de parecer haver uma relação direta entre uma situação de hiperoxemia e o aparecimento da pneumonia associada ao ventilador, o autor sugere a necessidade de serem realizados mais estudos
Hyperoxemia as a risk factor for ventilator associated pneumonia ^{34**}	Sophie Six Karim Jaffal Geoffrey Ledoux Emmanuelle Jaillette Frédéric Walle Saad Nseir	2016	Estudo investigação observacional retrospectivo	Observar se existe relação entre hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador	503 doentes ventilados	Observação da hiperoxemia nos doentes ventilados. Os doentes que estiveram com ventilação invasiva > 48 horas entraram para o estudo e utilizada a definição de PAV. A hiperoxemia foi definida para valores > 120mmHg	28% dos doentes ventilados e com hiperoxemia apresentaram pneumonia associada ao ventilador. Sugere a necessidade de mais estudos
Relationship between hyperoxemia and ventilator associated pneumonia ^{18**}	Karim Jaffal Sophie Six Farid Zerimech Saad Nseir	2017	Revisão narrativa	Descrever a existência da relação entre hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador	--	Estudos incluídos na revisão	Refere que nos diferentes estudos existentes (animais e doentes) parecer haver uma relação entre hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador. Sugere ainda a necessidade de serem realizados mais estudos
The effect of hyperoxia on mortality in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis ^{35**}	Yue-Nan Ni Yan-Mei Wang Bin-Miao Liang Zong-An Liang	2019	Revisão sistemática e metanálise	Descrever o efeito da hiperoxemia nos doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos	--	Pesquisa nas bases de dados por estudos que explorem o papel da hiperoxemia nos doentes adultos admitidos nas UCI	A hiperoxemia parece levar a um aumento da mortalidade e a uma maior suscetibilidade para adquirir pneumonia associada ao ventilador

* Scopus **PubMed

DISCUSSÃO

De acordo que a análise dos artigos, podemos constatar que a hiperoxemia é uma situação comum nos doentes ventilados,^{18,21,31,34,35} apesar de esta não ser considerada segura³⁴ e de prejudicar as trocas gasosas.^{18,31} Provavelmente, a existência desta situação pode ficar a dever-se, ao receio que se instale ou mantenha uma situação de hipoxemia^{18,34} ou em definir qual o valor a partir do qual definimos hiperoxemia.^{18,34,35}

Dos artigos consultados podemos observar várias situações, as quais no seu final conduzem à pneumonia associada ao ventilador. Por um lado, temos a hiperoxemia como fator interveniente na funcionalidade do alvéolo e por outro na capacidade de defesa a agentes bacterianos. Neste conjunto temos a *hyperoxix/hyperemic acute lung injuri* (HALI),^{18,21,34,35} entidade maior que aglomera no seu conjunto vários sintomas e em quase tudo semelhante com a ARDS e por outro lado, como interveniente na diminuição de produção do surfactante com consequente aumento do colapso expiratório e por arrastamento, o aumento da formação de atelectasias.^{18,34} Quanto à diminuição da capacidade de defesa do alvéolo perante a hiperoxemia, constatamos a relação entre a diminuição da capacidade antimicrobiana dos macrófagos e das células,^{16,18,21,31,34} principalmente as *Pseudomonas aeruginosas*³⁴ o que vai agravar a carga bacteriana e a sua disseminação.³¹

Em resumo podemos concluir que a hiperoxemia conduz a mais dias de ventilação^{18,31,34} daí que resulte a necessidade da sua administração ser feita de um modo conservador, para manter a SaO₂ 120mmHg, em detrimento de um modo liberal^{18,31,34} e que apesar de parecer existir uma relação entre hiperoxemia e o aparecimento da pneumonia associada ao ventilador^{16,18,21,31,34,35} são necessários mais estudos.^{18,31,34}

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesta revisão deparámo-nos com a escassez de artigos que comprovem de um modo alargado a relação entre hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador. Os estudos em causa pecam por terem sido realizados com amostras pequenas e sem diversidade em termos de unidades de cuidados intensivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela leitura dos diferentes estudos, parece existir uma relação causa-efeito entre hiperoxemia e a pneumonia associada ao ventilador. A disparidade de valores a partir da qual é considerado hiperoxemia pode ser, a nosso ver, um fator que pode prejudicar a sensibilidade que devia existir, em considerar esta como um fator independente para o aparecimento de pneumonia associada ao ventilador. Pela escassez de estudos que relacionem de modo inequívoco hiperoxemia e pneumonia associada ao ventilador, talvez seja esta uma área de investigação a explorar.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não têm qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Chastre J, Fagon J. State of the Art Ventilator-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(23):867–903.
2. Nair GB, Niederman MS. Ventilator-associated pneumonia: present understanding and ongoing debates. *Intensive Care Med*. 2015;41(1):34–48.
3. Horan TAM; DM. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting [Internet]. Atlanta: American Journal of Infection Control; Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0196655308001673?token=A45F827762881B9F907671CE5EEFB15458C7E9C575851F74CBEF07950E3F8806427E4DAB965FC2FB7B5BA8895E397552>
4. Mietto C, Pinciroli R, Patel N, Berra L. Ventilator associated pneumonia: Evolving definitions and preventive strategies. *Respir Care*. 2013;58(6):990–1003.
5. Torres A, Niederman MS, Chastre J, Ewig

- S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *Eur Respir J* [Internet]. 2017;50(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00582-2017>
6. Module D. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. 2020;(January):1–17.
7. Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma no021/2015 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 [Internet]. 2017;(Categoria IIC):1–3. Available from: www.gds.pt
8. Hayashi Y, Morisawa K, Klompas M, Jones M, Badeshe H, Boots R, et al. Toward improved surveillance: The impact of ventilator-associated complications on length of stay and antibiotic use in patients in intensive care units. *Clin Infect Dis*. 2013;56(4):471–7.
9. Klompas M, Kleinman K, Murphy M V., Program for the CPE. Descriptive Epidemiology and Attributable Morbidity of Ventilator-Associated Events. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2014 May 10 [cited 2020 Jan 22];35(5):502–10. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0899823X0019169X/type/journal_article
10. Itagaki T, Nakano Y, Okuda N, Izawa M, Onodera M, Imanaka H, et al. Hyperoxemia in mechanically ventilated, critically ill subjects: Incidence and related factors. *Respir Care*. 2015 Mar 1;60(3):335–40.
11. Hellyer TP, Ewan V, Wilson P, Simpson AJ. The Intensive Care Society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *J Intensive Care Soc*. 2016;17(3):238–43.
12. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell MD, Lee G, et al. Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(8):915–36.
13. Klompas M, Li L, Kleinman K, Szumita PM, Massaro AF. Associations between ventilator bundle components and outcomes. *JAMA Intern Med*. 2016;176(9):1277–83.
14. Shultz SM, Hartmann PM. George E Holtzapple (1862–1946) and oxygen therapy for lobar pneumonia: The first reported case (1887) and a review of the contemporary literature to 1899. *J Med Biogr*. 2005;13(4):201–6.
15. Stolmeijer R, Bouma HR, Zijlstra JG, Drost-De Klerck AM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. A Systematic Review of the Effects of Hyperoxia in Acutely Ill Patients: Should We Aim for Less? 2018 [cited 2019 Nov 6]; Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/7841295>
16. Wang M, Gorasiya S, Antoine DJ, Sitapara RA, Wu W, Sharma L, et al. The compromise of macrophage functions by hyperoxia is attenuated by ethacrynic acid via inhibition of NF- κ B-mediated release of high-mobility group box-1. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2015 Feb 1;52(2):171–82.
17. Hafner S, Beloncle F, Koch A, Radermacher P, Asfar P. Hyperoxia in intensive care, emergency, and peri-operative medicine: Dr. Jekyll or Mr. Hyde? A 2015 update. Vol. 5, *Annals of Intensive Care*. Springer Verlag; 2015. p. 1–14.
18. Jaffal K, Six S, Zerimech F, Nseir S. Relationship between hyperoxemia and ventilator associated pneumonia. Vol. 5, *Annals of Translational Medicine*. AME Publishing Company; 2017.
19. Dias-Freitas F, Metelo-Coimbra C, Roncon-Albuquerque R. Molecular mechanisms underlying hyperoxia acute lung injury. *Respir Med* [Internet]. 2016;119:23–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2016.08.010>
20. Gore A, Muralidhar M, Espey MG, Degenhardt K, Mantell LL. Hyperoxia sensing: From molecular mechanisms to significance in disease. *J Immunotoxicol*. 2010;7(4):239–54.
21. Patel VS, Sampat V, Espey MG, Sitapara R, Wang H, Yang X, et al. Ascorbic acid attenuates hyperoxia-compromised host defense against pulmonary bacterial infection. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2016 Oct 1;55(4):511–20.
22. Pagano AB-AC. Alveolar cell death in hyperoxia-induced lung injury. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2003;405–16. Available from: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1196/annals.1299.074>
23. Kallet RH, Matthay MA. Hyperoxic acute lung injury. In: *Respiratory Care*. 2013. p. 123–40.
24. Asfar P, Singer M, Radermacher P. Understanding the benefits and harms of oxygen therapy. *Intensive Care Med* [Internet]. 2015;41(6):1118–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3670-z>
25. Robba C, Ball L, Pelosi P. Between hypoxia or hyperoxia: Not perfect but more physiologic. *J Thorac Dis*. 2018;10:S2052–4.
26. Al Ashry HS, Richards JB, Fisher DF, Sankoff J, Seigel TA, Angotti LB, et al. Emergency Department Blood Gas Utilization and Changes in Ventilator Settings. *Respir Care*. 2018;63(1):36–42.
27. Mach WJ, Thimmesch AR, Pierce JT, Pierce JD. Consequences of Hyperoxia and the Toxicity of Oxygen in the Lung. *Nurs Res Pract*. 2011;

28. Gershengorn H. Hyperoxemia - too much of a good thing? *Critical Care*. 2014.
29. Egi M, Kataoka J, Ito T, Nishida O, Yasuda H, Okamoto H, et al. Oxygen management in mechanically ventilated patients: A multicenter prospective observational study. *J Crit Care*. 2018;46:1–5.
30. Eastwood G, Bellomo R, Bailey M, Taori G, Pilcher D, Young P, et al. Arterial oxygen tension and mortality in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Med*. 2012 Jan;38(1):91–8.
31. Nußbaum B, Radermacher P, Asfar P, Hartmann C. Does hyperoxia enhance susceptibility to secondary pulmonary infection in the ICU? 2016 [cited 2019 Nov 6]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917974/>
32. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Inst* [Internet]. 2015;(February 2016):1–24. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf
33. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7).
34. Six S, Jaffal K, Ledoux G, Jaillette E, Wallet F, Nseir S. Hyperoxemia as a risk factor for ventilator-associated pneumonia. *Crit Care*. 2016 Jun 22;20(1).
35. Ni YN, Wang YM, Liang BM, Liang ZA. The effect of hyperoxia on mortality in critically ill patients: A systematic review and meta analysis. *BMC Pulm Med*. 2019 Feb 26;19(1).

SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS NO COMBATE À COVID-19



ANA MARGARIDA ALMEIDA DA SILVA

Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Pós-graduada em urgência e emergência

A exercer funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Urgência Pólo A

RESUMO

Em dezembro de 2019 o mundo deparou-se com uma nova estirpe do coronavírus, SARS-CoV-2, que rapidamente se disseminou, tendo sido declarada pandemia pela OMS em março de 2020.

Os profissionais de saúde representam a linha da frente de combate à pandemia. Esta revisão sistemática da literatura objetiva compreender o impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros.

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos como depressão, ansiedade e stress.

Palavras chave: COVID-19; Saúde Mental; Enfermeiros

ABSTRACT

In December 2019, the world came across a new strain of the coronavirus, SARS-CoV-2, which quickly spread, having been declared a pandemic by WHO in March 2020.

Healthcare professionals represent the first line of combat. This systematic review of the literature aims to understand the impact of the pandemic on nurses' mental health. Healthcare professionals, particularly nurses, are at risk of developing psychological disorders such as depression, anxiety, and stress.

Keywords: COVID-19; Mental Health; Nurses

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi identificado um surto de infecções respiratórias na cidade de Wuhan, China. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de janeiro de 2020 foi possível isolar o agente patogénico SARS-CoV-2, uma nova estirpe do coronavírus. E em 12 de janeiro estabeleceu-se como foco principal de contágio o mercado de peixe de Wuhan.

Dado que o vírus se transmite entre humanos através de aerossóis, toque de mãos, objetos e superfícies contaminadas, rapidamente se disseminou pelo mundo. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou pandemia.

A COVID-19 apresenta um espectro clínico variado, desde infeções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a OMS, cerca de 80% dos utentes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas ligeiros. Aproximadamente 20% dos casos detetados necessita de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Os sintomas severos são dispneia, desorientação, febre. Mas o vírus pode manifestar-se através de sintomas mais ligeiros como tosse seca, fadiga, perda de olfato e/ou palato, odinofagia, cefaleia, dores musculares, vômitos e diarreia.

Os profissionais de saúde representam a linha da frente de combate à COVID-19. Apesar das medidas de proteção e de contingência implementadas, estes profissionais permanecem à mercê da pandemia.

A Enfermagem representa o maior número de profissionais de saúde na prestação de cuidados diretos ao utente. Encontram-se expostos a diversos fatores de risco, desgaste físico e emocional que se exacerbam perante uma situação de pandemia.

Este artigo tem como objetivo examinar a evidência científica que surgiu até ao momento sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros.

METODOLOGIA

O presente artigo foi elaborado a partir de uma base teórica composta por artigos científicos, obtidos através das bases de dados digitais PubMed e Google Académico. A pesquisa ocorreu durante o mês de novembro de 2020, utilizando as seguintes palavras chave: COVID-19, Mental Health e Nurses.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos transversais e revisões sistemáticas da literatura publicados durante o ano de 2020, com o texto integral disponível, em português ou inglês.

A pesquisa pelas bases de dados resultou em 14026 artigos originais. Destes, 13787 foram excluídos por o título não se relacionar com a temática, não se tratar de estudos transversais ou revisões sistemáticas da literatura ou não disponibilizarem o texto integral. Foram ainda excluídos 217 artigos após leitura do resumo por não irem de encontro dos objetivos desta revisão narrativa.

Os restantes artigos foram lidos na sua totalidade e apenas 12 foram incluídos para discussão do tema, como mostra a figura seguinte.

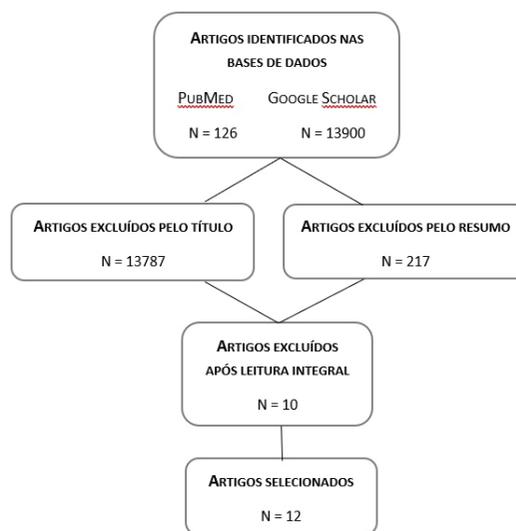


Figura 1 – Fluxograma de metodologia.

Relativamente ao país de origem, quatro artigos foram desenvolvidos na China, dois no Reino Unido, dois no Brasil, um na Índia, um em Portugal, um no Paquistão e um em Itália.

RESULTADOS

Dos 12 artigos selecionados, 8 classificam-se como estudos transversais e 4 integram a categoria de revisão sistemática da literatura.

Relativamente aos estudos transversais, os seus resultados foram obtidos através de questionários online recorrendo a diferentes escalas de avaliação de depressão e ansiedade.

De entre os estudos transversais selecionados, a amostra utilizada em quatro estudos é constituída por médicos, mas fundamentalmente por enfermeiros. Quanto aos restantes quatro estudos, a amostra é composta apenas por enfermeiros. As amostras dos artigos são maioritariamente constituídas por indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e 50 anos de idade. Apenas um artigo apresenta uma amostra composta na sua maioria por indivíduos do sexo masculino.

Todos os artigos realçam o elevado risco dos profissionais de saúde em desenvolverem patologias psicológicas durante a pandemia COVID-19, em particular os enfermeiros devido à prestação direta de cuidados de saúde.

A sua maioria identifica a ansiedade, stress e depressão como principais consequências mentais para os enfermeiros. Hu et al. (2020) revela uma alta prevalência de burnout, bem como a presença de lesões cutâneas provocadas pelo equipamento de proteção individual, tais como erupções cutâneas ou úlceras de pressão. Lai et al. (2020) refere que, para além da ansiedade e stress, uma elevada percentagem de enfermeiros sofre também de insónias. Por sua vez, Tella et al. (2020) relata ainda casos de stress pós-traumático.

A correlação dos distúrbios psiquiátricos e surtos de doenças infecciosas não é recente.

Kang et al. (2020), Sampaio et al. (2020) e Sandesh et al. (2020) relembram que em surtos anteriores como SARS (2003) e MERS (2012), os enfermeiros apresentaram elevados níveis de stress, ansiedade e depressão, stress pós-traumático, a curto e longo prazos.

Sampaio et al. (2020), no seu estudo revela que antes da pandemia os enfermeiros portugueses já apresentavam maior tendência para ansiedade, depressão e stress do que a população em geral, tendo-se esta situação agravado com o surgimento da pandemia. Dal’Bosco et al. (2020) corrobora esta ideia, referindo que a COVID-19 veio acrescentar desgaste físico e emocional, para além do já intrínseco à profissão de enfermeiro.

Segundo Maben et al. (2020), os enfermeiros apresentam uma taxa de suicídio 23% maior do que a população britânica, por exemplo. No seu artigo, Pappa et al. (2020) destaca a existência de casos de suicídio de enfermeiros durante a pandemia COVID-19.

As enfermeiras apresentam maior tendência para desenvolver ansiedade e depressão, segundo Lai et al. (2020). No seu estudo, Bal’Bosco et al. (2020) salienta a mesma situação, acrescentando que as mulheres representam uma grande percentagem da enfermagem. Segundo o mesmo, esta situação deve-se ao stress laboral, mas também com a gestão dos lares e das suas famílias, em particular quando têm crianças.

Outro grupo que apresenta maior probabilidade de desenvolver distúrbios psiquiátricos são os enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, segundo Spoorthy et al. (2020) e Dal’Bosco et al. (2020).

A maioria dos artigos identifica como fatores potenciadores de ansiedade e stress o elevado número de horas de trabalho, a falta de recursos materiais, incluindo equipamentos de proteção individual (EPI), mas também humanos e infraestruturas adequadas.

Segundo Hu et al. (2020), o aumento do número de doentes por COVID-19 tem

elevado impacto no número de horas de trabalho dos enfermeiros, bem como a sua intensidade. Para além do cansaço físico, esta situação eleva a pressão psicológica a que estão sujeitos diariamente, como refere Lai et al. (2020). Como afirma Dal’Bosco et al. (2020), a carga horária de trabalho deve permitir aos enfermeiros momentos de descanso e lazer, com o objetivo de reduzir níveis de ansiedade e depressão.

Confirma Sampaio et al. (2020), que a elevada carga horária dos enfermeiros portugueses despoleta ansiedade e depressão entre os profissionais e contribui para uma prestação de cuidados de menor qualidade. No entanto, segundo o autor, o aumento da quantidade e da qualidade do equipamento individual de proteção contribuiu para a redução do stress sentido pelos enfermeiros durante a pandemia.

De acordo com Tella et al. (2020), outro fator de stress para os profissionais foi a reorganização de espaços e equipas de trabalho. Contudo, de acordo com Sampaio et al. (2020), a transferência entre serviços hospitalares não gerou grande impacto psicológico nos enfermeiros portugueses.

Alguns autores referem que o uso de EPI por períodos prolongados promove a fadiga, o desconforto físico, a tensão e irritabilidade dos profissionais.

Dois terços dos artigos analisados referem que o contacto direto com doentes COVID positivos gera medo nos profissionais de saúde. A possibilidade de contrair o vírus e ser veículo de transmissão, em particular à família e amigos próximos, fomenta ansiedade e stress, como afirma Spoorthy et al. (2020) e Maben et al. (2020). Lai et al. (2020) reforça tal, referindo uma sensação de vulnerabilidade e perda de controlo entre os profissionais, devido ao medo pela sua saúde e a dos seus entes queridos. Hu et al. (2020) salienta que o elevado número de profissionais infetados e a morte de colegas agrava o medo, o stress e potencia a depressão.

Segundo Sampaio et al. (2020), vários enfermeiros portugueses afastaram-se das

suas famílias por medo de as contaminar. O autor refere que alterações na dinâmica familiar potenciam o stress, ansiedade e a depressão.

Tella et al. (2020) salienta que o isolamento social tornou os profissionais de saúde ainda mais vulneráveis e Bal’Bosco et al. (2020) afirma que o afastamento social contribui bastante para ansiedade e depressão.

Para além dos fatores agravantes da saúde mental dos enfermeiros já referidos, Moreira et al. (2020) realça o estigma sentido pelos mesmos por parte da população em geral, devido ao contacto direto com o vírus. Sandesh et al. (2020) acrescenta que o título de heróis atribuído pela população mundial aos profissionais de saúde, apesar de gratificante, aumenta o sentimento de pressão e stress.

DISCUSSÃO

Dada a elevada prevalência na população mundial, a facilidade com que o vírus se transmite, a elevada morbidade e mortalidade associados, a COVID-19 foi definida como uma emergência de saúde pública de caráter internacional. Os governos viram-se obrigados a instituir medidas drásticas como quarentenas, teletrabalho, o encerramento de escolas e aulas online, o fecho de serviços não essenciais para mitigar os riscos e o impacto da doença.

Fatores psicossociais como mudanças drásticas nas rotinas diárias da população, separação de familiares e amigos, isolamento social e o fecho das escolas podem ter um impacto negativo na saúde física e mental da população, incluindo os relacionamentos familiares. A conjuntura destes fatores tem potenciado os níveis de ansiedade e depressão na população mundial.

Segundo a OMS (2018), a saúde mental não é a simples ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, trabalhando de forma produtiva e frutífera e sendo capaz de contribuir para

a sua comunidade. É, fundamentalmente, e enquanto humanos, a capacidade individual de pensar, sentir, interagir com outros e apreciar a vida. A promoção, a proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas vitais para o bem-estar dos indivíduos, comunidades e sociedades de todo o mundo.

Numa perspetiva diacrónica, foram várias as doenças contagiosas que assolaram o mundo. Durante as epidemias de SARS (2003) e MERS-CoV (2012), por exemplo, os enfermeiros apresentaram níveis de pressão extremamente elevados. Os impactos fizeram-se sentir a curto e longo prazos, desde medo, ansiedade, stress, depressão, burnout e stress pós-traumático. Também no combate à pandemia COVID-19, os profissionais de saúde estão mais suscetíveis a desenvolver distúrbios psiquiátricos, particularmente os enfermeiros devido à prestação direta de cuidados de saúde.

O exercício profissional da enfermagem é, por si só, marcado por múltiplas exigências, tais como lidar com o sofrimento e morte, escassez de recursos materiais e humanos, instalações insuficientes para dar resposta ao elevado número de utentes, condições de trabalho precárias, dentre outros. O desgaste físico e psicológico é algo intrínseco à profissão.

Em Portugal, ainda antes do início da pandemia, os enfermeiros apresentavam-se mais propensos a distúrbios de ansiedade, depressão e stress do que a população geral. A nível mundial, estes profissionais configuram ainda uma maior tendência para ideação suicida.

O exercício da enfermagem é composto sobretudo por mulheres que, na sua maioria, apresentam responsabilidades acrescidas atinentes ao cuidar da sua família e lar e, por conseguinte, mais expostas a stress e ansiedade.

Também os enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos se apresentam mais suscetíveis a esses mesmos indícios marcantes de stress e ansiedade.

A pandemia veio agravar as condições precárias em que os enfermeiros laboram diariamente. O elevado número de horas de trabalho, a falta de recursos materiais, humanos e de infraestruturas adequadas constituem fatores precipitantes de medo, fadiga, ansiedade e stress. Também o uso do equipamento individual de proteção por longos períodos agrava o cansaço e desconforto físico dos enfermeiros. Ao exercerem funções sob estes ditames, também a qualidade dos cuidados poderá estar comprometida.

Para além das condições deficitárias, igualmente “medos” múltiplos prejudicam a saúde mental dos enfermeiros, como sejam, a título exemplificativo e de incidência real, o medo de adoecer ao prestar cuidados diretos a doentes por COVID-19 e o medo de ser veículo de transmissão do vírus e contaminar a própria família e amigos. Muitos enfermeiros portugueses optaram por se afastar das suas famílias no início da pandemia. Este afastamento agravou drasticamente a saúde mental dos mesmos, prevalecendo um sentimento de fragilidade e perda de controlo que conduziram à ansiedade e depressão.

Apesar de terem sido apelidados de heróis, a pressão social e o estigma por parte da comunidade foram sentidos negativamente pelos enfermeiros, gerando desconforto e conduzindo ao isolamento social.

Dado o impacto negativo da pandemia na saúde mental dos enfermeiros, é crucial promover, proteger e restaurar o seu bem-estar psicológico. Para tal, a criação de equipas de apoio psicológico destinadas aos profissionais de saúde é essencial, como refere Spoorthy et al. (2020). Este apoio deve ser personalizado e pode ser realizado através de consultas presenciais, videochamada ou telefónicas como sugere Maben et al. (2020) e Spoorthy et al. (2020). Estratégias de coping podem ajudar os profissionais a atenuar a ansiedade e sensação de desamparo.

A comunicação social é suscetível de exercer um papel importante na sensibilização dos profissionais de saúde e da população em

geral para a importância da saúde mental.

A comunicação é uma ferramenta vital que as equipas de trabalho devem privilegiar. Momentos de reflexão devem fazer parte do quotidiano dos enfermeiros, partilhando experiências e sentimentos, como referem Mo et al. (2020) e Maben et al. (2020). Uma atitude positiva coletiva pode dar outro ânimo e promover o trabalho em equipa.

Kang et al. (2020) e Mo et al. (2020), afirmam que a existência de normas e protocolos, aliada à formação, podem promover a segurança e bem-estar dos enfermeiros, diminuindo os níveis de ansiedade.

Também o aumento dos recursos materiais, especialmente equipamentos individuais de proteção, têm um impacto positivo nos profissionais, como Sampaio et al. (2020) verificou no seu estudo.

Segundo Mo et al. (2020), a existência de balneários adequados para que os enfermeiros possam realizar a sua higiene após os turnos, diminui o risco de transmissão do vírus e, conseqüentemente, a ansiedade e o medo sentidos.

Maben et al. (2020) e Pappa et al. (2020) afirmam que momentos e áreas de pausa para que os enfermeiros possam satisfazer as suas necessidades humanas básicas, como alimentar-se e hidratar-se, contribui para o seu bem-estar físico e psicológico.

Pappa et al. (2020), refere ainda que a limitação do número de turnos semanais, por exemplo, proporcionará aos enfermeiros momentos de descanso e lazer, fundamentais para o seu bem-estar. Conseqüentemente, o aumento do número de enfermeiros será benéfico, diminuindo a carga horária e o cansaço físico dos profissionais.

Também fornecer boas condições de trabalho e recompensas remuneratórias mantém as equipas motivadas e satisfeitas, como afirma Mo et al. (2020). Tal situação promove o bem-estar físico e psicológico dos enfermeiros, mas também a qualidade dos cuidados prestados.

Como Maben et al. (2020) refere, os enfermeiros sentem-se ignorados pelos seus

superiores. Na verdade, o reconhecimento e valorização por parte das instituições é vital, tanto na promoção da saúde mental dos profissionais como no sentimento de missão de que os mesmos devem estar imbuídos.

CONCLUSÃO

A pandemia COVID-19 representa um grande desafio social, económico, mas acima de tudo psicológico para a população mundial.

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de sintomas psicológicos como depressão, ansiedade e stress. Protegê-los é essencial, pelo que é de curial importância implementar medidas que promovam não só o bem-estar físico, mas também psicológico dos mesmos.

Existe uma grande necessidade de reconhecer a saúde mental como componente fulcral para o bem-estar do ser humano e da comunidade. É primordial investir nesta área, fornecendo apoio psicológico e estratégias para os cidadãos lidarem com as adversidades do dia a dia. Torna-se ainda mais emergente cuidar e apoiar os profissionais de saúde, especialmente face a uma situação de pandemia, pois "cuidar dos que cuidam de nós", consubstanciará certamente a alma mater do Sistema Nacional de Saúde.

O verdadeiro impacto da COVID-19 a nível da saúde mental da população e dos profissionais de saúde é, todavia, ainda incerto, devendo ser tema de estudo aprofundado, a curto e longo prazos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial de Saúde – OMS. Novel Coronavirus (2019-nCoV), SITUATION REPORT – 1, 21 JANUARY 2020. Consultado a 1 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/xjSuAFC>

World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response – 30 MARCH 2018. Consultado a 1 de novembro de 2020, disponível em: <https://cutt.ly/7jSu9z>

Organização Mundial de Saúde – OMS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Situation Report – 51, 11 MARCH 2020. Consultado a 1 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/>

AjSuL6l

Spoorthy, Mamidipalli Sai; Pratapa, Sree Karthik; Mahant, Supriya. Asian Journal of Psychiatry - Mental Health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. Abril 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/1jSiIj>

Kang, Lijun; Ma, Simeng; Chen, Min; Yang, Jun; Wang, Ying; Li, Ruiting; Yao, Lihua; Bai, Hanping; Cai, Zhongxiang; Yang, Bing Xiang; Hu, Shaohua; Zhang, Kerang; Wang, Gaohua; Ma, Ci; Liu, Zhongchun. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak; a cross-sectional study. Março 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/ejSiTy2>

Hu, Deying; Kong, Yue; Li, Wengang; Han, Qiuying; Zhang, Xin; Zhu, Li Xia; Wan, Su Wei; Liu, Zuofeng; Yang, Jingqiu; He, Hong-Gu; Zhu, Hiemin. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: a large scale cross-sectional study. Junho 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/ijSiKqf>

Lai, Jianbo; Ma, Simeng; Wang, Ying; Cai, Zhongxiang; Hu, Jianbo; Wei, Ning; Wu, Jiang; Du, Hui; Chen, Tingting; Li, Ruiting; Tan, Huawei; Kang, Lijun; Yao, Lihua; Huang, Manli; Wang, Huaifen; Wang, Gaohua; Liu, Zhongchun; Hu, Shaohua. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. Março 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/NjSi7kK>

Mo, Yuanyuan; Deng, Lan; Zhang, Liyan; Lang, Qiuyan; Liao, Chunyan; Wang, Nannan; Qin, Mingqin; Huang, Huiqiao. Work stress among chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. Março 2020. Consultado a 5 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/NjSojpO>

Maben, Jill; Bridges, Jackie. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. Journal of Clinical Nursing Wiley, 2020. Consultado a 5 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/CjSoT6K>

Pappa, Sofia; Ntella, Vasiliki; Giannakas, Timoleon; Giannakoulis, Vassilis G; Papoutsis, Eleni; Katsaounou, Paraskevi. Prevalence of depression, anxiety and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior and Immunity. Maio de 2020. Consultado a 5 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/cjSoG90>

Sampaio, Francisco; Sequeira, Carlos; Teixeira, Laetitia. Nurses' Mental Health during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. Outubro 2020. Consultado a 9 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/vjSpsA1>

Tella, Maria Laura Di; Romeo, Annunziata; Benfante, Agata; Castelli, Lorys. Mental Health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. Junho 2020. Consultado a 9 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/FjSpvKU>

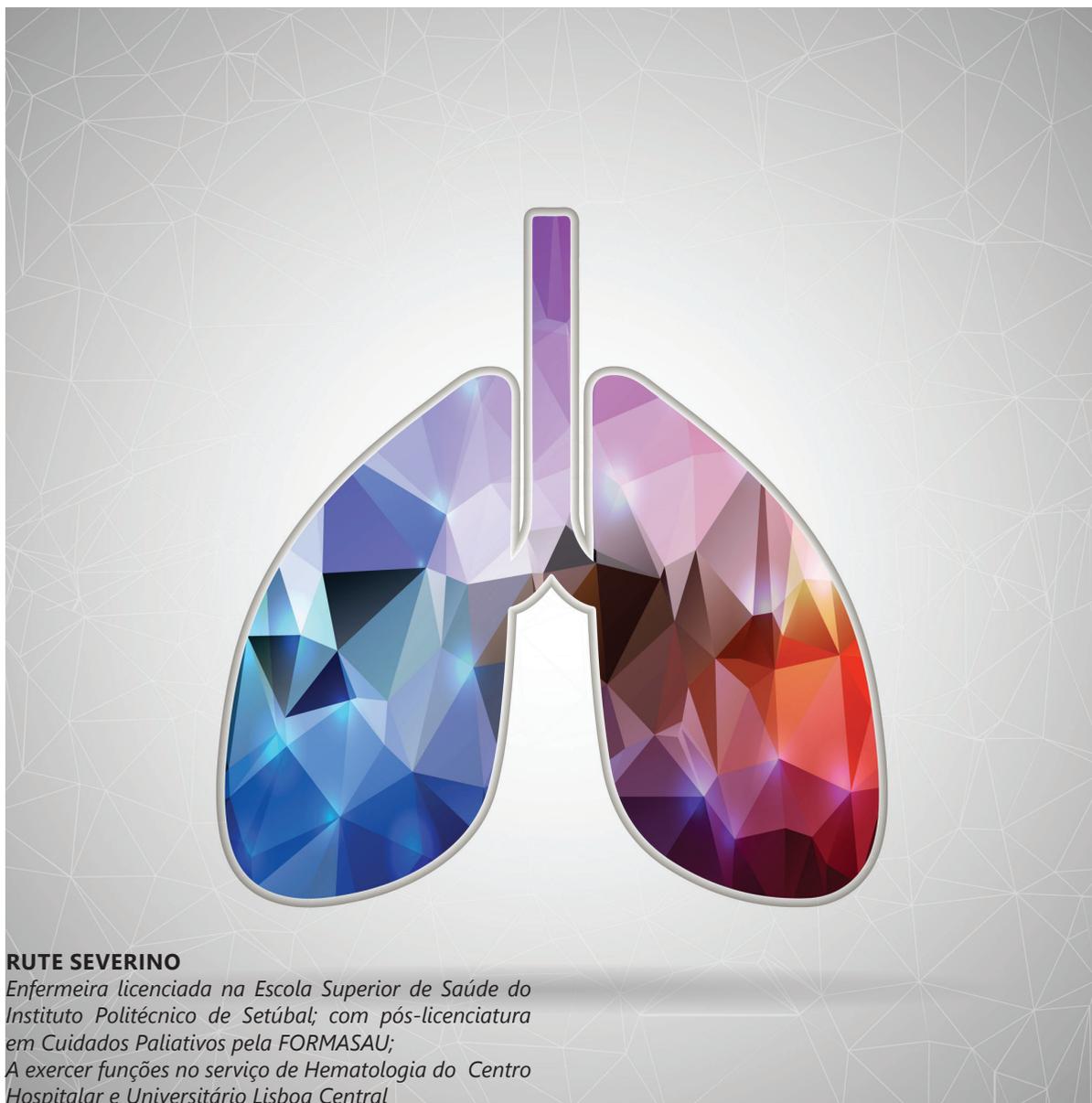
Sandesh, Ram; Shahid, Wajeeha; Dev, Kapeel; Mandhan, Nikeeta; Shankar, Prem; Shaikh, Anam; Rizwan, Amber. Impact of COVID-19 on the mental health of healthcare professionals in Pakistan. Julho 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/ejSpIkf>

Moreira, Wanderson C; Souza; Anderson R; Nóbrega, Maria P.S.S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: Scoping review. Julho 2020. Consultado a 9 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/yjSpZjr>

Dal'Bosco, Eduardo Bassani; Floriano, Lara Simone Messias; Skupien, Suellen Vienscoski; Arcaro; Guilherme; Martins, Alessandra Rodrigues; Anselmo, Aline Cristina Correa. Revista Brasileira de Enfermagem – A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. Maio de 2020. Consultado a 2 de novembro 2020, disponível em: <https://cutt.ly/ojSp4W9>

GESTÃO DA DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



RESUMO

Introdução: A dispneia é um dos sintomas mais frequentes e angustiantes nas pessoas com doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica tais como doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva e doença do neurónio motor.

Objetivo: Conhecer o estado atual do conhecimento sobre as principais intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia em Cuidados Paliativos.

Método: revisão integrativa da literatura. Foram incluídos 11 artigos: seis revisões de literatura, dois estudos quantitativos, descri-tivos e observacionais, um estudo de caso e dois artigos de peritos na área, pesquisados em bases de dados de referência e publicados entre 2011 a 2019 com acesso a texto integral.

Resultados: O controlo da dispneia passa por tratar as causas reversíveis e promover o alívio sintomático. Os opióides são a base do tratamento farmacológico, quer usados isoladamente, quer em conjunto com uma benzodiazepina ou inaladores. A oxigenoterapia apenas é útil na dispneia associada à hipoxemia. As intervenções não farmacológicas incluem estimulação elétrica neuromuscular, reabilitação pulmonar, treino da respiração, vibração da parede torácica, uso de ventoinha dirigida ao rosto e adjuvantes da deambulação, posicionamento, conservação de energia e acupuntura. A educação e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família são fundamentais na abordagem multidisciplinar da dispneia.

Conclusão: A dispneia é um sintoma difícil de gerir em Cuidados Paliativos dada a sua complexidade e etiologia multifatorial. O sucesso no controlo da dispneia implica a integração de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que devem ser utilizadas de modo personalizado.

Palavras-chave: dispneia, cuidados paliativos, intervenções farmacológicas, não farmacológicas, serviço, enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: *Breathlessness is one of the most frequent and distressing symptoms in people with advanced disease, whether oncology or not, such as chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure and motor neuron disease.*

Objective: *To know the current state of knowledge about the main pharmacological and non-pharmacological interventions that are effective in relieving breathlessness in palliative care.*

Method: *Integrative review. Eleven articles were included: six literature reviews, two quantitative, descriptive and observational studies, one case report and two articles by experts in the field, searched in reference databases and published from 2011 to 2019 with access to full text.*

Results: *Breathlessness management includes treating reversible causes and promoting symptomatic relief. Opioids are the criterion standard of pharmacological management, whether used alone or with benzodiazepine or inhalers. Oxygen therapy is only useful in breathlessness associated with hypoxaemia. Non-pharmacological interventions embrace neuroelectrical muscle stimulation, pulmonary rehabilitation, breathing training, chest wall vibration, use of a fan at the face and use of walking aids, positioning, energy conservation and acupuncture. Education and carer support/support for the family are essential in global management of breathlessness.*

Conclusion: *Breathlessness is a difficult symptom to manage in Palliative Care given its complexity and multifactorial etiology. Global management of breathlessness should include both pharmacological and non-pharmacological strategies used taking into consideration the particular case.*

Keywords: *breathlessness, dyspnea, palliative care, pharmacological and non-pharmacological interventions, management, service, nursing.*

INTRODUÇÃO

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório frequentemente descrita como sufocante, asfixia ou sensação de que “o ar não chega”^(1,2,3,4,5). A dispneia e a falta de ar geralmente são utilizadas de forma intercambiável, contudo falta de ar é a expressão mais usada pelas pessoas afetadas⁽⁶⁾ enquanto dispneia designa o conceito médico e concentra-se no sintoma de uma condição clínica subjacente⁽⁷⁾. A definição mais utilizada de dispneia é a da American Thoracic Society (ATS) que a define como experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas, variáveis na sua intensidade e que resultam da interação entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais, podendo induzir respostas secundárias de nível fisiológico ou comportamental^(1,2,3,6,8). A dificuldade respiratória varia em intensidade e pode não estar associada a dados objetivos como a hipoxemia ou a alteração da frequência respiratória (taquipneia ou bradipneia)⁽⁴⁾.

A dispneia é um sintoma frequente nas pessoas com doença avançada, quer oncológica^(1,2,3,7) (com ou sem envolvimento pulmonar),⁽¹⁾ quer não-oncológica afetando sobretudo as pessoas com doença crónica pulmonar e cardíaca e doença do neurónio motor^(1,2,3,7). O seu início é geralmente insidioso⁽⁹⁾ e pode surgir em qualquer fase da doença^(1,3). A intensidade da dispneia varia ao longo da trajetória da doença subjacente e geralmente agrava na fase final de vida^(1,2,3,4) afetando 78% das pessoas com cancro do pulmão, 88% daquelas com insuficiência cardíaca congestiva e 95% das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) na fase final de vida⁽²⁾.

Progressivamente debilitante, a dispneia está associada à perda gradual de independência porém não pode apenas ser entendida como um processo fisiológico uma vez que é influenciada por crenças, emoções, valores e experiências anteriores⁽⁵⁾. Na verdade, a dispneia é um sintoma complexo e multidimensional pelo que à semelhança da dor, podemos falar de “dispneia total” em que

há uma interação dos domínios fisiológico, psicológico, social e espiritual, constituindo o modelo biopsicossocial e espiritual da Dispneia Total^(1,2,4,6,10). Cerca de 60% das pessoas com cancro do pulmão descrevem a dispneia como “muito angustiante”^(2,6) e em situações severas, as pessoas relatam um medo intenso de acordar com falta de ar, sensações de morte iminente e medo de morrer durante a próxima crise⁽¹⁾.

A dispneia é causa importante de sofrimento e de prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa e cuidador/família afetados e está frequentemente associada a ansiedade, medo, depressão, desesperança e isolamento social^(1,2,4,5,6,7,9,10,11,12).

A dispneia deve ser considerada uma potencial emergência em Cuidados Paliativos, uma vez que pode colocar a vida em risco e/ou comprometer significativamente a qualidade de vida⁽¹⁾. Este sintoma constitui uma causa relevante de admissão hospitalar no último ano de vida⁽⁶⁾. A dispneia afeta até 70% das pessoas nas últimas seis semanas de vida⁽¹³⁾ e envolve sofrimento físico e emocional^(4,6,8,11,12) sendo considerada pelos familiares como o sintoma mais angustiante e desestabilizador, podendo resultar em luto complicado⁽⁸⁾.

Apesar da sua relevância, este sintoma é muitas vezes sub-diagnosticado e inadequadamente tratado. Considerada como inevitável no decurso da progressão de doença, a dispneia é muitas vezes desvalorizada pelas próprias pessoas que negligenciam a dificuldade respiratória sentida e pelos profissionais de saúde que não consideram relevantes as queixas da pessoa⁽³⁾.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2005) refere que “os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida”, salientando que têm como componentes essenciais: “o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade”. Considerados como um direito humano inalienável pela Carta de Praga, os Cuidados Paliativos são

considerados uma “estratégia de intervenção prioritária” conforme o Programa Nacional de Cuidados Paliativos ⁽¹⁴⁾.

OBJETIVO

Dado que a dispneia é um sintoma frequente em Cuidados Paliativos, geradora de sofrimento e com prejuízo significativo na qualidade de vida, torna-se fundamental o diagnóstico e intervenção no sentido de dar resposta às múltiplas necessidades afetadas da pessoa e cuidador/família e ir de encontro ao objetivo dos Cuidados Paliativos que como refere a DGS (2005) é a salvaguarda da “melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família”. Partindo deste pressuposto foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia na pessoa adulta com doença avançada, evolutiva e incurável?” Nesse sentido, o objetivo geral do presente trabalho é conhecer o estado atual do conhecimento sobre as principais intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia em Cuidados Paliativos. Como objetivo específico procurou-se identificar sucintamente os principais instrumentos de avaliação da dispneia.

MÉTODOS

Aspetos éticos

Este artigo não necessitou de ser submetido à apreciação de uma comissão de ética visto que não envolve seres humanos. No entanto, foram atendidos os procedimentos éticos a ter em consideração num trabalho deste tipo, nomeadamente o rigor na identificação, seleção e análise dos artigos assim como a referenciação e o respeito pelos autores dos artigos incluídos.

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método de pesquisa utilizado na prática baseada na evidência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com as etapas referentes à revisão integrativa da literatura foi definida na primeira etapa a seguinte questão

de investigação: “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes no alívio da dispneia (I) na pessoa adulta com doença avançada, evolutiva e incurável? (P) no contexto de Cuidados Paliativos (Co)?”, tendo por base o acrónimo PICO, derivado de PICO em que P (População), I (fenómeno de interesse) e Co (contexto). Para responder a esta questão foi feita pesquisa em bases de dados de referência, nomeadamente CINAHL, PubMed, SciELO e biblioteca Cochrane. Para complementar a pesquisa também se recorreu a jornais e endereços electrónicos de referência como por exemplo, BMJ Journals, Pulmonology Journal, Elsevier, SAGE Publishing e Wolters Kluwer. A pesquisa dos artigos teve por base os critérios de inclusão: dyspnea; breathlessness; management; palliative care; end-of-life; pharmacological treatment; non-pharmacological treatment; interventions, nursing e service. Foram incluídos os estudos quantitativos e qualitativos que expressavam o conceito de “Cuidados Paliativos” ou que se centravam no controlo da dispneia numa determinada doença crónica, evolutiva e incurável. De modo a triar os artigos foram eliminados aqueles sem pertinência do tema, repetidos, que não cumpriam pelo menos dois critérios de inclusão, estudos sem acesso a texto integral gratuitamente e estudos publicados em idiomas diferentes de Português, Inglês e/ou Espanhol.

EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Numa fase inicial de pesquisa após aplicação dos critérios definidos para seleção dos artigos foram selecionados para leitura do abstract 16 artigos. A partir desta fase houve uma seleção mais apurada dos artigos, mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Deste modo, após leitura do abstract e da aplicação metódica dos critérios de inclusão e exclusão foram analisados 11 artigos na íntegra: seis revisões de literatura, dois estudos quantitativos, descritivos e observacionais, um estudo de caso e dois artigos de peritos na área, pesquisados em bases de dados de referência e publicados desde 2011 a 2019 com acesso a texto integral.

RESULTADOS

No quadro 1 são apresentadas as principais características dos 11 artigos analisados.

Quadro 1: Principais características dos artigos analisados

Título do artigo	Autores, ano, país	Tipo de estudo
Dyspnea Management Across the Palliative Care Continuum (1)	Brennan, Caitlin Mazanec, Polly 2011, EUA	Revisão sistemática
Managing breathlessness: a palliative care approach (2)	Chin, Chloe Booth, Sara 2016, Reino Unido	Revisão sistemática
Dispneia em cuidados paliativos: registos de enfermagem e a autoavaliação da dispneia (3)	Alves, Ana Pina, Paulo 2018, Portugal	Estudo quantitativo, descritivo, transversal, observacional
Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines (4)	Kloke M; Cherny N. Em nome do comité da ESMO 2015, Alemanha e Israel	Opinião de peritos Guidelines da ESMO
Autonomy and dyspnea in palliative care: A case report (5)	Martins M. <i>et al</i> 2019, Portugal	Estudo de caso
Breathlessness in cancer patients - Implications, management and challenges (6)	Thomas, Shirley <i>et al</i> 2011, Reino Unido	Revisão sistemática
Using a Dyspnea Assessment Tool to Improve Care at the End of Life (8)	Birkholz, Lorri Haney, Tina 2018, EUA	Estudo quantitativo, descritivo, transversal, observacional
Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options (10)	Kamal, Arif <i>et al</i> 2012, EUA	Revisão sistemática
Oxygen Therapy and Aerosolized Morphine to Treat Symptomatic Dyspnea during Palliative and Hospice Comfort Care (11)	Morgan SE. <i>et al</i> 2019, EUA	Mini revisão sistemática
An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis (12)	Mularski, Richard <i>et al</i> Conselho administrativo ATS 2013, EUA	Opinião de peritos Relatório oficial da ATS
Management of Breathlessness in Palliative Care: Inhalers and Dyspnea - A Literature Review (13)	Senderovich, Helen Yendamuri, Akash 2019, Canadá	Revisão sistemática

DISCUSSÃO

A avaliação da dispneia compreende: o aparecimento da dispneia (em repouso, em esforço, nocturna); distinção entre os padrões da dispneia (contínua e/ou episódica, crise de dispneia); sintomas associados (dor, tosse, expetoração, hemoptises, febre ou outros sintomas presentes e a sua importância comparados com a falta de ar); fatores desencadeantes, de alívio e de agravamento; tolerância ao exercício e à atividade; comorbilidades associadas; resposta à

medicação; impacto de fatores psicológicos como a ansiedade e depressão; significado da dispneia para pessoa e cuidador/família e as implicações na qualidade de vida, bem como a nível psicológico, social e espiritual (1,2,4,6,12).

Uma vez que a dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, há necessidade de caracterizar e avaliar objetivamente este sintoma. À semelhança da dor, a dispneia deve ser avaliada por auto-avaliação, uma vez que apenas a pessoa

afetada pode determinar a sua gravidade ⁽³⁾. As escalas de auto-avaliação da dispneia devem ser utilizadas na prestação de cuidados de Enfermagem uma vez que permitem uma abordagem mais sistematizada nas pessoas com doenças crónicas, progressivas e avançadas, com necessidades paliativas e a elaboração de registos de Enfermagem mais rigorosos contribuindo para uma maior visibilidade da profissão, monitorização dos cuidados prestados e promoção da qualidade ⁽³⁾. Apesar dos benefícios, não é frequente a utilização de escalas de avaliação da dispneia na prestação de cuidados de Enfermagem. Uma das limitações está relacionada com o próprio sistema informático, visto que o SAPE não dispõe de uma escala de avaliação da dispneia ⁽³⁾. Existem várias escalas de auto-avaliação nomeadamente a escala numérica, visual analógica, verbal descritiva e Borg modificada, sendo que esta última só se encontra traduzida para português e não está validada. A escala numérica tem várias vantagens desde o seu carácter objetivo, fácil compreensão e aplicação ⁽³⁾. As escalas acima descritas são consideradas unidimensionais dado que apenas avaliam uma dimensão da dispneia, neste caso, a dimensão fisiológica. Estas escalas avaliam a intensidade/ gravidade da dispneia em repouso e em esforço, destinando-se a pessoas sem défices cognitivos ^(1,3,4,8,10,11,12).

Em alternativa às escalas de auto-avaliação está a Respiratory Distress Observation Scale, uma escala de hetero-avaliação que se destina a pessoas adultas com compromisso cognitivo, sem doença neuromuscular ou sob efeito de agentes bloqueadores neuromusculares e que estão em estadió terminal ^(8,12). Usada em Cuidados Paliativos, esta escala avalia oito sinais comportamentais associados ao desconforto respiratório. É aplicada por Enfermeiros e permite a determinação da gravidade da dispneia (leve, moderada ou grave) e o ajuste do tratamento em conformidade. Atendendo à elevada prevalência da dispneia em fim de vida (15 a 70%), esta escala tem as vantagens de melhorar os cuidados de Enfermagem ao possibilitar uma prática baseada na

evidência, para além de uniformizar a avaliação da dispneia na pessoa em fim de vida, permitindo reduzir níveis de sofrimento físico e emocionais uma vez que melhora e adequa os cuidados de Enfermagem prestados ⁽⁸⁾. A desvantagem desta escala é que não está validada para a população portuguesa.

Como já foi referido anteriormente, a dispneia é um sintoma complexo e multifatorial, pelo que a avaliação global deste sintoma implica a utilização de escalas unidimensionais e multidimensionais. Estas últimas avaliam o impacto da dispneia em vários domínios tais como o desempenho funcional e o compromisso a nível psicológico, emocional, social e espiritual. A "Cancer Dyspnea Scale" (mais apropriada para as pessoas com cancro) e a "Chronic Respiratory Disease Questionnaire" constituem alguns exemplos ⁽¹⁾.

Os exames auxiliares de diagnóstico deverão ser realizados tendo em consideração o estado geral e desempenho funcional, estadió da doença de base, preferências e desejos da pessoa, risco/benefício e grau de invasão do exame. Só devem ser realizados exames dos quais dependam tomadas de decisão que beneficiem a pessoa ^(1, 4). A doença de base deve estar controlada e a terapêutica otimizada. A prioridade inicial passa pela identificação de causas reversíveis e tratáveis de dispneia tais como infeção/pneumonia, derrame pleural, embolia pulmonar, anemia, entre outras. No entanto, em muitas ocasiões tal não será possível, pelo que quando as causas de dispneia não são reversíveis, deve ser dada prioridade à anamnese e exame físico que inclui a avaliação do desempenho funcional. A pessoa deve ser perspectivada como um todo indivisível e respeitadas as suas preferências e objetivos de tratamento. O alívio sintomático e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família são fundamentais nesta fase ^(2,4,6).

A complexa etiologia biopsicossocial da dispneia e as respostas secundárias a nível fisiológico e comportamental fazem com que este seja um sintoma difícil de gerir em

Cuidados Paliativos, contudo a abordagem deve ser baseada na evidência ⁽¹⁰⁾.

Atualmente os estudos desenvolvidos na área referem que os serviços de intervenção da dispneia possibilitam uma gestão e controlo mais eficaz da mesma. Estes serviços desenvolvem uma abordagem multidisciplinar que engloba intervenções farmacológicas e não farmacológicas e destinam-se às pessoas com doença avançada (crónica não maligna e oncológica) ^(2,6,7,9). Independentemente das estratégias farmacológicas e não farmacológicas adotadas, estas devem ter em consideração o respeito pela autonomia e preferências da pessoa, privilegiando a tomada de decisão partilhada, de modo a promover a adesão terapêutica e melhorar o controlo sintomático. O princípio bioético da autonomia respeita a autodeterminação da pessoa, permitindo que tome decisões acerca de qualquer tratamento. Em Portugal o decreto-lei n.º 25/2012, de 16 de Julho regula as Directivas Antecipadas de Vontade sob a forma de testamento vital ⁽⁵⁾.

Intervenções farmacológicas da dispneia em Cuidados Paliativos

As intervenções farmacológicas da dispneia geralmente incluem o uso de opióides, benzodiazepinas, broncodilatadores, furosemida nebulizada, corticosteróides e oxigénio ^(1,2,4,5,6,10,11,13).

Opióides

Os vários autores são unânimes que os opióides são os fármacos mais eficazes no alívio da dispneia na doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica e por isso devem constituir a primeira linha de tratamento ^(1,2,4,5,6,10,11,13).

O consenso também é relativo à via de administração, estando recomendados via oral ou parentérica ^(1,2,4,6,10). Os opióides administrados via nebulizada, nasal, transmucosa e transdérmica ainda carecem de maior suporte teórico pelo que não estão recomendados ^(1,4,5,6,10).

O uso de morfina nebulizada foi descrito pela primeira vez nos anos 1980. Existe pouca e conflituosa evidência acerca da utilidade da morfina nebulizada pelo que não é de surpreender que a mesma não tenha uma aplicabilidade mais ampla em Cuidados Paliativos. Há estudos que investigam o papel da morfina nebulizada na redução da dispneia associada a DPOC, fibrose pulmonar e fibrose cística e muitos deles indicam que a morfina nebulizada é uma terapêutica eficaz e capaz de fornecer algum alívio sintomático sem efeitos adversos relevantes, nomeadamente depressão respiratória, náusea, vômito e broncoespasmo. Contudo não há evidências científicas suficientes para apoiar o uso generalizado da morfina nebulizada, porém esta pode ser útil em casos específicos, devendo ser considerada um tratamento de suporte quando o tratamento convencional não atenua a dispneia e/ou outras opções terapêuticas não são plausíveis ^(11,13).

A dose de opióide deve ser definida de acordo com a intensidade de dispneia relatada pela pessoa, de preferência através da auto-avaliação e após a fase de titulação, a mesma deve ser reajustada ⁽⁵⁾.

Os autores são unânimes de que os opióides devem ser titulados gradualmente no sentido de encontrar a menor dose eficaz e minimizar os efeitos laterais ^(1,2,4,5,10,13). A obstipação, náuseas e vômitos são efeitos laterais expectáveis mas que podem antecipados e adequadamente geridos ⁽²⁾. A sonolência tem uma prevalência diminuída no tempo, dada a tolerância farmacológica que ocorre ao fim de 1 a 2 semanas ⁽¹³⁾.

A dose diária ideal de opióide ainda não foi identificada mas em cerca de 90% das pessoas, 20 mg ou até menos de morfina de libertação sustentada é eficaz no alívio da dispneia ⁽²⁾. Contudo a dose terapêutica ideal de opióide é definida pela pessoa, ou seja, a dose mínima eficaz é aquela que promove um bom controlo de sintomas com efeitos laterais toleráveis/aceitáveis na perspetiva da pessoa ⁽⁵⁾.

A prescrição de opióides deve estar de acordo com o desempenho funcional e em

concordância com a habituação aos opióides, isto é, se a pessoa é virgem de opióides ou não ^(4,5), sendo que as pessoas que estão sob opióides para controlo da dor necessitam de um aumento de 25 a 50% da dose de opióide (linha de base) para obterem alívio da dispneia ⁽⁴⁾.

Os opióides são eliminados via renal, por isso a dose e o intervalo de dosagem do opióide devem ser adaptados à função renal, devendo evitar-se a morfina na presença de insuficiência renal grave ⁽⁴⁾.

Desde que devidamente titulados, os opióides são fármacos seguros como demonstram vários estudos realizados nas pessoas com doença avançada pelo que é infundada a associação de depressão respiratória a opióides ^(1,2,4,5,6,10,13). Além disso, os opióides não só não aceleram a morte por depressão respiratória como ainda aumentam a sobrevida ao reduzirem o sofrimento físico, psicológico, angústia e exaustão ⁽¹⁾.

A relutância médica em prescrever opióides é um dos fatores que contribui para a inadequada gestão da dispneia nas pessoas com doença avançada ⁽⁵⁾.

Benzodiazepinas e antidepressivos

O uso de benzodiazepinas e de inibidores da recaptção seletiva de serotonina baseia-se na lógica de que as pessoas com transtornos de ansiedade e depressão têm mais episódios de dispneia. Neste sentido, o tratamento da ansiedade e depressão pode ajudar a melhorar a dispneia. Apesar de alguns estudos mostrarem perfis de segurança razoáveis, o seu uso em cuidados paliativos não pode ser generalizado ⁽¹⁰⁾.

As benzodiazepinas mais utilizadas são o lorazepam, diazepam e midazolam ⁽⁶⁾, podendo ser usadas como tratamento farmacológico de segunda ou terceira linha em associação com opióides apenas na dispneia associada a transtornos de ansiedade ^(4,5,6,13).

Os autores são unânimes de que as benzodiazepinas não devem ser usadas de modo isolado na doença avançada, quer

oncológica, quer não-oncológica uma vez que a sua eficácia ainda não está esclarecida ^(1,2,4,6,10,13). Por outro lado, pode ocorrer uma intensificação da dispneia nos casos de caquexia e sarcopenia, dado o impato no relaxamento muscular ⁽⁴⁾.

Broncodilatadores

Os broncodilatadores (agonistas beta 2 e anticolinérgicos de curta e longa duração) e corticóides inalatórios devem ser considerados no tratamento da dispneia leve a moderada associada a broncoespasmo reversível na doença crónica avançada e no cancro. Estes podem ser usados em monoterapia ou em conjugação com opióide. De facto, os broncodilatadores associados a opióide podem reduzir a dispneia em 52% das pessoas com doença avançada ⁽¹³⁾. Por outro lado, pode haver um sinergismo entre inaladores e intervenções não farmacológicas, por exemplo os beta2 agonistas melhoram a depuração muco-ciliar, um dos fatores que pode contribuir para a dispneia, deste modo, a sua utilização prévia à vibração da parede torácica vai trazer mais benefícios no alívio da dispneia ⁽¹³⁾.

Os inaladores pressurizados de dose calibrada são preferíveis devido à melhor adesão, simplificação da terapia e custo reduzido. Um dos fatores que leva ao alívio inadequado da dispneia com os inaladores reside na falta de conhecimento acerca do seu uso apropriado. Nesse sentido, os Enfermeiros têm um papel vital na educação da pessoa acerca da utilização adequada, promovendo a adesão ao tratamento e contribuindo para a optimização dos resultados terapêuticos ⁽¹³⁾.

Furosemida nebulizada

A furosemida nebulizada é um diurético que aparentemente melhora a dispneia sem efeitos adversos relevantes na doença avançada ⁽⁶⁾ pela prevenção do broncoespasmo e possíveis efeitos indiretos nas terminações nervosas sensoriais no epitélio das vias aéreas ⁽¹⁰⁾. Contudo, existem poucos estudos na área e apesar dos resultados promissores, a evidência científica

é escassa pelo que não está recomendada a sua utilização ^(1,6,10,13).

Corticosteróides

Os corticosteróides apenas devem ser usados na dispneia causada por uma componente inflamatória, obstrução das vias aéreas induzida pelo cancro, linfangite carcinomatosa, pneumonite por radiação e síndrome da veia cava superior ^(4,13).

Sedação paliativa

Apesar dos avanços farmacológicos, gerir a dispneia na pessoa em fim de vida ainda se mantém um desafio ⁽⁶⁾. Na fase final de vida, a dor e a dispneia são os sintomas mais comuns e para controlar a dispneia refratária com níveis de sofrimento insuportáveis na pessoa com doença avançada em estadio terminal é preciso recorrer em maior extensão aos opióides (especialmente morfina) e benzodiazepinas ⁽⁶⁾. Nestes casos a sedação paliativa constitui a estratégia farmacológica a adoptar, constituindo uma solução limite ^(4,6,12). A sua utilização assenta no princípio do duplo efeito. Segundo este princípio, é moralmente aceitável o prejuízo na ventilação e nível de consciência se o objetivo for o alívio de sintomas da dispneia angustiante e intolerável em fim de vida ⁽¹²⁾. A associação de morfina e midazolam constitui o critério padrão. Outras intervenções farmacológicas que promovem alívio da dispneia na pessoa em estadio terminal incluem a redução de hidratação artificial, adição de fármacos anticolinérgicos como atropina e escopolamina e optimização do posicionamento ⁽⁴⁾.

Oxigenoterapia

A oxigenoterapia está indicada nas pessoas com hipoxemia severa ($\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ ou $< 60\text{mmHg}$ no contexto de cor pulmonale e $\text{spO}_2 \leq 90\%$) ⁽¹⁰⁾ na exacerbação aguda das insuficiências crónicas de órgão e no cancro, melhorando a sobrevida, dispneia e estado funcional ^(1,2,4,6,10). Deste modo, o oxigénio paliativo não deve ser utilizado por rotina.

As principais desvantagens associadas à oxigenoterapia são a hemorragia nasal e dependência psicológica ⁽⁴⁾. Contudo, o oxigénio paliativo pode ser considerado na dispneia refratária quando outras modalidades de tratamento se revelaram ineficazes e/ou se verifica um alívio da dispneia ^(2,10). Contudo se ao fim de três dias não se verificar melhorias com a oxigenoterapia, a mesma deve ser descontinuada ⁽¹⁰⁾.

Na verdade os vários estudos realizados demonstram que oxigénio e ar atmosférico têm resultados semelhantes pelo que o efeito terapêutico deve-se à passagem de ar nas vias aéreas ^(1,2,6). Por isso, nos estados em que não há hipoxemia deve optar-se por uma ventoinha a uma distância de 15 a 20 cm do rosto e dirigir o fluxo de ar ao nariz e boca ⁽²⁾ ou abrir uma janela e sentir a corrente de ar na cara ^(4,6,10).

Heliox

O Heliox é uma mistura de oxigénio e hélio. Em comparação com o oxigénio, o heliox aumenta a tolerância ao exercício nas pessoas com DPOC moderada a severa e levemente hipoxémicas. Por sua vez, nas pessoas com cancro do pulmão, o heliox está associado a melhoria da tolerância ao exercício e alívio da dispneia. Contudo trata-se de uma terapêutica com custo económico significativo que requer uma logística complicada e com directrizes pouco claras acerca da seleção das pessoas que beneficiam deste recurso terapêutico ⁽¹⁰⁾.

Intervenções não farmacológicas da dispneia em Cuidados Paliativos

As intervenções não farmacológicas da dispneia incluem: estimulação eléctrica neuromuscular, reabilitação pulmonar, treino da respiração, vibração da parede torácica, uso de ventoinha dirigida ao rosto e adjuvantes da deambulação, posicionamento corporal adequado, conservação da energia, tiras dilatadoras nasais, acupuntura e a cirurgia (esta última nalgumas situações

excepcionais) ^(1,2,4,6,10).

Estas intervenções sem fármacos devem ser iniciadas antes do tratamento farmacológico e mantidas durante o tratamento farmacológico ⁽⁴⁾.

Estimulação elétrica neuromuscular e a vibração da parede torácica

A estimulação elétrica neuromuscular e a vibração da parede torácica promovem alívio da dispneia e são altamente recomendadas nas pessoas com doença avançada oncológica e não-oncológica ^(1,2,6). Muitos planos de intervenção multidimensional da dispneia utilizam a estimulação elétrica neuromuscular ⁽⁶⁾.

Reabilitação pulmonar

A reabilitação pulmonar tem efeitos benéficos nas pessoas com DPOC em estádios avançados ^(1,2,10). Os principais benefícios incluem a melhoria da capacidade de exercício, redução da gravidade da dispneia e melhoria dos indicadores relacionados com a qualidade de vida ⁽¹⁰⁾. De fato, existe uma relação estreita entre fadiga e dispneia nas pessoas com doença avançada não maligna, como por exemplo DPOC e insuficiência cardíaca. A causa está provavelmente relacionada com o descondicionamento muscular que altera os níveis pCO₂ e lactato que podem influenciar a respiração. Deste modo, o exercício e o controlo da fadiga fazem parte dos programas de reabilitação pulmonar ⁽⁶⁾. Na doença oncológica, os benefícios do exercício têm sido pouco estudados mas alguns estudos demonstram algum alívio da fadiga e stresse emocional sobretudo nas pessoas com sintomas pulmonares ⁽⁶⁾.

Ventoinhas

O uso de ventoinhas dirigidas ao rosto ou manter uma janela aberta para que a pessoa sinta a corrente de ar na face, reduzem a sensação de dispneia e promovem alívio significativo através da modulação da percepção da dispneia mediada pela

estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigémeo. Este equipamento simples e eficaz pode ser usado nas pessoas com doença avançada, quer oncológica, quer não-oncológica ^(2,4,6,10).

Adjuvantes da deambulação

Os adjuvantes da deambulação como por exemplo bengalas e andarilhos com rodas têm evidência moderada no alívio da dispneia em repouso, durante a marcha e na realização de atividades diárias nas pessoas com DPOC ^(1,2). Estes equipamentos permitem maior estabilidade e confiança na marcha, aumentando assim o sentido de auto-eficácia ⁽⁶⁾, por isso os Enfermeiros devem ensinar e capacitar a pessoa a utilizá-los corretamente.

Técnicas de redução da ansiedade

As técnicas de redução da ansiedade incluem as técnicas respiratórias (respirar com os lábios semi-franzidos, respiração diafragmática, técnicas respiratórias baseadas no ioga focadas na expiração), técnicas de relaxamento (como o relaxamento muscular progressivo), auto-hipnose, meditação e as técnicas de distração com recurso a música e visualização ^(1,2,4,6,10).

Apesar destas técnicas terem pouca evidência no alívio da dispneia ^(1,2), as mesmas podem proporcionar algum controlo sobre a respiração e controlo emocional bem como melhorar o sentido de auto-eficácia, ajudando a quebrar o ciclo vicioso de dispneia/ansiedade ^(4,6). Contudo, os exercícios respiratórios para serem eficazes devem ser feitos com regularidade ⁽²⁾.

Posicionamento adequado

A pessoa com dispneia pode adotar vários posicionamentos que facilitam a respiração e podem aliviar a sensação de falta de ar. Os Enfermeiros têm um papel importante na educação da pessoa e cuidador/família acerca dos posicionamentos mais adequados. Os mais utilizados são: sentado com apoio de almofadas de modo a elevar o tronco e cintura escapular ^(1,2), sentado

com ligeira inclinação para a frente com os braços apoiados nas pernas; deitado de lado com elevação da cabeceira e membro superior e inferior apoiado em almofadas e de pé inclinado para a frente e apoiando as mãos numa superfície (mesa, corrimão, entre outros) ⁽²⁾.

Princípio da conservação de energia

Os Enfermeiros também devem ensinar a pessoa a utilizar a energia corporal da maneira mais eficaz possível, tendo por base o princípio da conservação de energia. Como a fadiga também é um sintoma comum, a pessoa é incentivada a adaptar a sua atividade diária, priorizando aquelas que são mais importantes e planeando atempadamente o seu dia-a-dia ⁽²⁾.

Tiras dilatadoras nasais

As tiras dilatadoras nasais não têm eficácia comprovada no alívio da dispneia mas podem beneficiar algumas pessoas, principalmente com síndrome anorexia-caquexia avançado ao reduzirem o esforço respiratório e a percepção da dispneia ⁽⁶⁾.

Acupuntura

A acupuntura tem resultados contraditórios nos estudos realizados. No cancro não pode ser considerada uma intervenção de rotina no alívio da dispneia (evidência inadequada) e na DPOC, a acupuntura pode promover algum alívio da dispneia através da modulação da percepção da dispneia mas são precisos mais estudos na área ^(1,10).

Cirurgia

A cirurgia pode beneficiar as pessoas com neoplasias torácicas que causem dispneia por obstrução das vias aéreas. Os derrames pleurais sintomáticos podem ser tratados cirurgicamente por pleurodese, inserção de cateter pleural em túnel ou cirurgia toroscópica aberta ou vídeo-assistida. A cirurgia de redução de volume pulmonar é considerada nas pessoas com DPOC grave

e sintomáticas apesar de terapia otimizada da doença de base e reabilitação pulmonar ⁽¹⁰⁾.

Educação e apoio psicossocial

A educação e treino de competências da pessoa e cuidador/família são tão importantes que a ATS recomenda que a mesma deve ser iniciada aquando do diagnóstico de doença crónica e evolutiva e reforçada durante a trajetória da doença de base, devendo ser elaborado um plano de ação com intervenções individualizadas, passíveis de serem reformuladas conforme a necessidade ⁽¹²⁾.

A dispneia pode ser uma experiência assustadora não só para a pessoa afetada mas também para os que convivem de perto com ela ^(6,12). Por isso, é fundamental avaliar o impacto da dispneia na vida dos cuidadores/família e promover o apoio psicossocial. Os cuidadores podem sentir benefícios na participação em grupos de apoio e na partilha de experiências ⁽⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispneia é um sintoma com elevada incidência no contexto de Cuidados Paliativos e constitui um dos sintomas mais angustiantes e desestabilizadores na pessoa com doença avançada, aumentando de prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida. Esta experiência subjetiva de desconforto respiratório pode não estar relacionada com dados objetivos de oxigenação ou frequência respiratória.

A dispneia é sintoma complexo e multifatorial e por isso a abordagem deve incluir intervenções farmacológicas e não farmacológicas desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar especializada. Atualmente os serviços de intervenção da dispneia são aqueles que melhor conseguem gerir e controlar a dispneia na pessoa com doença avançada.

Os Enfermeiros, integrados nestas equipas, têm um papel importante na educação acerca do reconhecimento precoce de

dispneia, desenvolvimento de estratégias sem fármacos para enfrentar situações de dispneia, incentivo à adesão terapêutica, promoção do alívio sintomático, respeito e salvaguarda das preferências da pessoa e apoio psicossocial à pessoa e cuidador/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brennan, Caitlin e Mazanec, Polly - Dyspnea Management across the Palliative Care Continuum. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2011, vol 13, n. ° 3; Mai/Jun, pp 130-139. Disponível em: https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2011/05000/Dyspnea_Management_Across_the_Palliative_Care.3.aspx#pdf-link
2. Chin, Chloe e Booth Sara -Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate Medical Journal*, 2016, pp 1-8, doi: 10.1136
Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/81ea/d4f0bd802af877d0b567f871a1b984423a9d.pdf?_ga=2.214870036.2026196582.1583776489-1835354408.1583776489
3. Alves, Ana e Pina, Paulo - Dispneia em cuidados paliativos: registos de enfermagem e autoavaliação da dispneia. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018, Série IV- n.º 16; Jan./Fev./Mar, pp 53-62.
Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a06.pdf>
4. Kloke M. e Cherny N. - Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2015, vol 26, n. ° 5, pp 169-173.
Disponível em: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)47186-X/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)47186-X/pdf)
5. Martins M. et al - Autonomy and dyspnea in palliative care: A case report. *Pulmonol*. 2019.
Disponível em: <https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-S2531043719300972>
6. Thomas, Shirley et al - Breathlessness in cancer patients - Implications, management and challenges. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011, vol 15, pp 459-469
Disponível em: https://www.academia.edu/25901371/Breathlessness_in_cancer_patients_e_Implications_management_and_challenges?auto=download
7. Bausewein, Claudia et al Breathlessness services as a new model of support for patients with respiratory disease. *Chronic Respiratory Disease*.

2018, vol. 15, n. ° 1, pp 48-59.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1479972317721557>

8. Birkholz, Lorri e Haney, Tina - Using a Dyspnea Assessment Tool to Improve Care at the End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2018, vol 20, n. ° 3, pp 219-227. Disponível em: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129191-201806000-00005.pdf>

9. Sime C. et al - Improving the waiting times within a hospice breathlessness service. *BMJ Open Quality*, 2019, pp 1-7.

Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqr/8/2/e000582.full.pdf>

10. Kamal, Arif et al - Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. *Journal of Palliative Medicine*. 2012, vol 15, n. ° 1, pp 106-114. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304253/pdf/jpm.2011.0110.pdf>

11. Morgan S.E. et al - Oxygen Therapy and Aerosolized Morphine to Treat Symptomatic Dyspnea during Palliative and Hospice Comfort Care. *Palliative Medicine & Care*. 2019, vol 6, n. ° 1, pp 1-5.

Disponível em:

<https://symbiosisonlinepublishing.com/palliative-medicine-care/palliative-medicine-care75.pdf>

12. Mularski, Richard A. et al - An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis. *ATS Journal*. 2013, vol 10, n. ° 5, pp 98-106.

Disponível em:

<https://www.thoracic.org/statements/resources/hcpeeolc/dyspnea-crisis.pdf>

13. Senderovich, Helen e Yendamuri, Akash - Management of Breathlessness in Palliative Care: Inhalers and Dyspnea - A Literature Review. *Rambam Maimonides Medical Journal*. 2019, vol 10, n. ° 1, pp 1-7

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6363369/pdf/rmmj-10-1-e0006.pdf>

14. Direção-Geral da Saúde: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa nacional de cuidados paliativos. Lisboa, 2005, ISBN 972-675-124-1.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

A EDUCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE DOENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO MELHORA A REABILITAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO?



ANABELA LOPES

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário do Porto

CARLA SANTOS

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário do Porto

JOÃO ALEXANDRE REIS

Mestre em Cuidados Paliativos; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Pós-Graduado em Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho EPE

SANDRINE NEIVA

Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de São João

RESUMO

Introdução: A osteoartrite do joelho, afeta a qualidade de vida física, emocional e socialmente, limitando atividades como andar, subir escadas e as atividades de vida diárias. A artroplastia total do joelho é uma técnica cirúrgica indicada como solução para esta patologia quando todas as outras técnicas conservadoras não são suficientes.

A educação pré-operatória de doentes submetidos a artroplastia total do joelho reduz a ansiedade, garante expectativas realistas e melhora os resultados musculó-articulares no pós-operatório.

Objetivos: Determinar se a literatura apoia um efeito positivo e direto da educação pré-operatória nos resultados da reabilitação pós-operatória.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura dos últimos 20 anos. Selecionados e analisados artigos das bases de dados MEDLINE e CINAHL relacionando educação pré-operatória e a influência desta na reabilitação no pós-operatório.

Resultados: Apesar de alguns autores defenderem que a reabilitação pré-operatória melhora a força muscular, as capacidades funcionais e o controlo da dor, outros, afirmam que a educação pré-operatória não influencia de forma significativa a reabilitação dos doentes no pós-operatório.

Conclusão: Os resultados contraditórios relativamente à questão PICO formulada tornam impossível afirmar que a educação pré-operatória de doentes submetidos a artroplastia total do joelho melhora a reabilitação e a restituição de capacidades funcionais no pós-operatório.

Palavras-chave: Artroplastia do Joelho, Educação pré-operatória, reabilitação pós-operatória.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite, especialmente do joelho, afeta a qualidade de vida não apenas física mas também emocional e socialmente, limitando atividades como andar, subir escadas e as atividades de vida diárias.

A artroplastia total do joelho é uma técnica cirúrgica que visa substituir as partes danificadas da articulação, inserindo-se uma peça articulada entre o fémur e a tíbia. Esta técnica permite uma melhoria da amplitude articular com consequente retoma da autonomia nas atividades de vida diária e alívio da dor do doente (Cunha, 2008). Esta cirurgia esta indicada quando todas as outras técnicas conservadoras falham ou não são suficientes. As melhorias da dor e funcionalidade são observadas em maior grau durante os primeiros três a seis meses

ABSTRACT

Introduction: Knee osteoarthritis affects a patients' physical, emotional and social quality of life, limiting activities such as walking, climbing stairs, as well as other normal daily activities. Total knee arthroplasty is a surgical technique indicated as a solution for this pathology when other conservative treatment modalities aren't enough.

Preoperative education in people undergoing total knee arthroplasty reduces anxiety, ensures realistic patient expectations and enhances postoperative musculoskeletal outcomes.

Objectives: Settle whether the literature supports a positive effect of preoperative education on postoperative rehabilitation outcomes.

Methodology: Comprehensive review of the last 20 years' literature. Articles from the MEDLINE and CINAHL databases were selected and analyzed, connecting preoperative education and its influence on postoperative rehabilitation.

Results: Although some authors argue that preoperative education improves muscle strength, functional capacity and pain control, others state that it doesn't significantly influence the patients' postoperative rehabilitation.

Conclusion: The contradictory results regarding the formulated PICO question make it impossible to claim that the patients' undergoing total knee arthroplasty preoperative education improves postoperative rehabilitation and restoration of functional capacity.

Keywords: Total knee arthroplasty; Preoperative education; Postoperative rehabilitation

após a cirurgia

O objetivo deste trabalho é determinar se a literatura apoia um efeito positivo e direto da educação pré-operatória nos resultados da reabilitação pós-operatória.

Formulou-se a questão de pesquisa com base no esquema de referência PICO: "A educação pré-operatória de doentes submetidos a artroplastia total do joelho melhora a reabilitação no pós-operatório"?

De seguida são relatadas as estratégias utilizadas na pesquisa da evidência científica e é realizada uma análise crítica dos cinco artigos mais relevantes e de maior nível de evidência encontrados. Por último apreciamos a aplicabilidade das conclusões destes artigos no nosso contexto clínico. A metodologia utilizada na realização deste trabalho baseou-se em pesquisa e revisão

bibliográfica nas bases de dados científicas em concreto na MEDLINE e CINAHL.

Esta RSL, foi desenvolvida de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI,2015), em que a questão de investigação foi construída recorrendo a estratégia a PICO (População, Intervenção, Comparação e "outcomes"/resultados).

Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram definidos com base na população, na educação pré-operatória e reabilitação pós-operatória bem como a avaliação da dor, não ter efetuado artroscopia do joelho e não ter realizados terapias complementares e encontram-se sumariados na tabela 1

Tabela 1 - Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Adultos com idade superior a 18 anos submetidos a artroplastia total do joelho Educação pré-operatória (formação teórica e plano de treino) Reabilitação pós-operatória	Avaliação da dor em doente submetidos a artroplastia do joelho no pós-operatório Artroscopia do joelho Terapia complementares

O primeiro momento para a identificação dos artigos foi feito através de pesquisas convencionais em bases de dados eletrónicas, em que foram consultados os artigos mais relevantes para a temática em estudo e identificados os principais termos e palavras de pesquisa a utilizar. Para efetuara a pesquisa, recorreremos à base de

dados MEDLINE e CINAHL, com a limitação temporal dos artigos publicados entre 1998 - 2018 e artigos com texto integral disponível e que não fossem referentes a artigos de opinião. A pesquisa foi efetuada através da utilização de linguagem booleana e as palavras-chaves/mesh terms utilizadas foram as que constam nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – MEDLINE

Consulta pré-operatória	Alta precoce	Prótese total do Joelho
("preoperative information") (MM "Preoperative Care") (MH "Health Education") (MH "Rehabilitation Nursing")	(MM "Patient Discharge") ("early discharge") (MM "Length of Stay") (MH "Hospitalization") "fast track hip" "Enhanced Recovery"	(MM "Knee Prosthesis") (MM "Arthroplasty, Replacement, Knee") (MM"Arthroplasty, Replacement,Knee rehabilitation")

Tabela 3 – CINAHL

Consulta pré-operatória	Alta precoce	Prótese total do Joelho
(MH "Preoperative Education") (MH "Preoperative Care") (MH "Health Education") MH "Patient Education"	(MH "Early Patient Discharge") (MH "Patient Discharge") (MH "Length of Stay")	(MH "Arthroplasty, Replacement, Knee")

Da pesquisa livre nas bases de dados, resultou a identificação de 631 artigos. O processo de identificação e seleção dos artigos pode ser identificado na Figura 4, estruturado do seguinte modo: leitura critica e reflexiva dos títulos e resumos, com o objetivo de rejeitar os que não respondiam aos critérios inclusão; leitura integral dos artigos e enquadraram-

se os mesmos nos critérios de inclusão definidos, tendo-se obtido 6 artigos para extração e análise de informação. Todavia estes ainda sofreram um processo de análise por via da avaliação do nível de evidência, excluindo-se um dos artigos que resultava de uma opinião de peritos, o que representa um baixo nível de evidência segundo

Hockenberry e colaboradores (2006) – nível IV.

Aqui chegados analisamos a qualidade dos artigos selecionados. Foi elaborada uma revisão crítica dos mesmos, de acordo com Galvez Toro e Salido Moreno (2000) e concomitantemente, efetuada uma avaliação da qualidade dos estudos encontrados

recorrendo aos instrumentos de avaliação da qualidade metodológica da Joanna Briggs Institute (2015).

Após a avaliação metodológica dos artigos e no sentido de percebermos se a investigação atualmente produzida responde à nossa questão PICO efetuamos uma breve síntese dos achados.

Identificação do estudo	Método	Objetivo do estudo	Principais conclusões
E1- PREHABILITATION BEFORE TOTAL KNEE ARTHROPLASTY INCREASES STRENGTH AND FUNCTION IN OLDER ADULTS WITH SEVERE OSTEOARTHRITIS SWANK, A.; KACHELMAN, J.; BIBEAU, W.; QUESADA, P. M; NYLAND, J.; MALKANI, A.; TOPP, R. - Journal of Strength and Conditioning Research. Vol. 25, nº 2 (Feb 2011), p. 318-325. USA	Estudo comparativo randomizado, com amostra aleatória	O objetivo do estudo é examinar o efeito da intervenção reabilitativa préoperatória em adultos com osteoartrite severa, antes de serem submetidas a cirurgia de ATJ ao nível da força do membro inferior e da capacidade funcional dos indivíduos	Um programa de pré-reabilitação de (4-8 semanas) foi efetivo no aumento da força e capacidade funcional dos indivíduos com osteoartrite severa. O aumento da força nos membros inferiores e da melhoria do desempenho de tarefas funcionais antes da cirurgia pode potenciar a recuperação pós – operatória.
E2 - THE EFFECT OF PREHABILITATION EXERCISE ON STRENGTH AND FUNCTIONING AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY TOPP, R.; SWANK, A.; QUESADA, P.; NYLAND, J.; MALKANI, A. - American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation., Vol. 1, Agosto 2009, p.729-745. USA	Metodologia SOFMER (French Physical Medicine and Rehabilitation Society) – que combina 3 métodos: revisão sistemática da literatura, reunião de informação da prática e a revisão externa por um painel multidisciplinar externo	O objetivo do estudo é examinar o efeito da intervenção reabilitativa préoperatória em pessoas adultas com osteoartrite antes e depois de serem submetidas a cirurgia de ATJ, ao nível do controlo da dor do joelho, da habilidade funcional e da força no quadrícepe	Os resultados sugerem a existência de eficácia na reabilitação préoperatória das pessoas submetidas a ATJ, o que suporta a teoria de que a reabilitação préoperatória tem efeitos no controlo da dor, funcionalidade e de força no pósoperatório.
E3 - COULD PREOPERATIVE REHABILITATION MODIFY POSTOPERATIVE OUTCOMES AFTER TOTAL HIP AND KNEE ARTHROPLASTY? ELABORATION OF FRENCH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES COUDEYRE, E.;JARDIN, P.; GIVRON, P.; RIBINIK, P.; REVEL, M; RANNOU, F.-Annals of réadaptation et de médecine physique. Vol. 50, 2007, p.189-197 França	Metodologia SOFMER (French Physical Medicine and Rehabilitation Society) – que combina 3 métodos: revisão sistemática da literatura, reunião de informação da prática e a revisão externa por um painel multidisciplinar externo	O objetivo do estudo é desenvolver guidelines relativas à reabilitação pré-operatória dos doentes submetidos a ATA (artroplastia total da anca) e ATJ	Há benefícios na realização de reabilitação pré-operatória (fisioterapia e educação/terapia ocupacional) na ATA e na ATJ. Na ATA o impacto da reabilitação nas limitações pós-operatórias não é significativo e o efeito na incapacidade é relativo mas há benefícios notáveis no tempo de estadia no hospital e nos custos. De acordo com a literatura na ATJ a fisioterapia isolada não é recomendada. O impacto da reabilitação pré-operatória nos doentes submetidos a ATJ nas limitações pós-operatórias e nas incapacidades dos doentes é fraco. Os maiores benefícios são ao nível do tempo de internamento hospitalar e nos custos tal como na ATA. Assim os autores recomendam que na ATA e na ATJ haja a avaliação pré-operatória e reabilitação préoperatória multidisciplinar nos

			entre doentes mais frágeis – com maiores co-morbilidades, incapacidade e condições sociais precárias. Recomendam também que um programa pré-operatório de reabilitação compreenda, pelo menos, fisioterapia e educação. Estudos complementares devem ser realizados para definir o programa mínimo de reabilitação pré-operatória antes da colocação de ATA e ATJ.
E4 - PREOPERATIVE EDUCATION FOR TOTAL HIP AND KNEE REPLACEMENT PATIENTS DALTRY, L. H.; MORLINO, C. I.; EATON, H. M.; POSS, R.; LIANG, M. H.-American College of Rheumatology.Vol11.nº6. (Dezembro1998), p.469-478 USA	Estudo randomizado, controlado e prospetivo, com uma amostra aleatório	Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito da educação pré-operatória e das técnicas de relaxamento instruídas aos doentes, que irão ser submetidos a ATJ e ATA, na melhoria dos resultados pós operatórios	A educação pré operatória não melhora o pós-operatório dos doentes submetidos a ATJ e a ATA. Os doentes que mais beneficiam da educação pré operatória são aqueles que utilizam como estratégia de coping a negação e portanto se preparam menos para a cirurgia e para a sua recuperação, daí têm maiores benefícios com esta intervenção, sobretudo se não forem muito ansiosos. Um nível médio de ansiedade é útil para a maioria dos doentes, pois é o suficiente para estimular ações protetivas (cognitivas e comportamentais) e reduzir as ameaças (mas não tão altas para interferir). A avaliação pré operatória dos níveis de negação e ansiedade dos doentes apresentam maior sensibilidade na identificação dos doentes que necessitam de informação do que o questionamento direto dos doentes. Os benefícios de ma intervenção educacional, após a sua aplicação durante 2 anos, foi notória ao nível da redução dos dias de internamento hospitalar
E5 - THE EFFECT OF A PREOPERATIVE EXERCISE AND EDUCATION PROGRAM ON FUNCTIONAL RECOVERY, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE, AND HEALTH SERVICE UTILIZATION FOLLOWING PRIMARY TOTAL KNEE ARTHROPLASTY BEAUPRE; L.; LIER, D.; DAVIES, D.; JOHNSTON, D. -The Journal of Reumatology. Vol. 31, nº 6 (2004), p. 1166-1173. Canada	Randomized control Trial (RCT), com uma amostra aleatória e uma avaliação cega dos resultados por parte de um fisioterapeuta	O estudo pretendia determinar a eficácia da realização de exercícios pré-operatórios e de um programa de educação na recuperação funcional, na qualidade de vida relacionada com a saúde, na utilização de serviços de saúde e nos custos, em doentes que iriam ser submetidos a ATJ.	A intervenção de exercício e educação pré-operatória não alterou a recuperação funcional nem a qualidade de vida relacionada com a saúde no pós-operatório dos doentes submetidos a ATJ

CONCLUSÃO

A evolução do conhecimento científico impele-os enfermeiros na procura de evidência que sustente a sua tomada de decisão. Assim, a prática clínica deve ser constantemente revista e questionada, já que os cuidados de enfermagem envolvem uma diversidade de intervenções que deverão ser apoiadas na evidência, para que a prática sejam de alta qualidade e satisfaça plenamente as necessidades dos doentes (Craig et al., 2004).

Considerando o que foi descrito e analisado anteriormente, concluímos que apesar de existirem artigos com alta evidência e boa qualidade metodológica, os mesmos apresentam resultados contraditórios relativamente à questão PICO formulada. Perante isto, é possível perceber as diferenças encontradas na prática clínica neste âmbito de intervenção, dado existirem instituições que têm programa de educação pré-operatória e outras não.

E1 e E2 apoiam a educação pré operatório como benefício dos resultados no pos operatório, mas E3, E4 e E5 não revelam tal evidência. Face à incongruência dos resultados de investigação obtidos não é possível aplicá-los no nosso contexto clínico e conseqüentemente compreender o significado dos mesmos nos nossos doentes. Estes factos sugerem a realização de mais investigação nesta área, tão inerente à prática da Enfermagem de Reabilitação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUPRE L; LIER D; DAVIES D; JOHNSTON D – The effect of a preoperative exercise and education program on functional recovery, health related quality of life, and health service utilization following primary total knee arthroplasty. *The Journal of Rheumatology*. Volume 31 nº 6 (2004), p1166-1173

COUDEYRE, E.; JARDIN, P.; GIVRON, P.; RIBINIK, P.; REVEL, M; RANNOU, F. – Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of french clinical practice guidelines. *Annals of réadaATation et de médecine physique*. Vol. 50, (2007), p.189-197

CRAIG, J; SMYTH, R. – Prática Baseada na

Evidência. Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência, 2004

CULLUM, N. [et al.] .Enfermagem Baseada em Evidências. Uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010

CUNHA, E; 2008 _ Enfermagem em Ortopedia. Porto: Lidel Edições Técnicas Lda..

DALTROY, L.; MORLINO, C.; EATON, H.; POSS, R.; LIANG, M. – Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *American College of Rheumatology*. Vol. 11, Nº6, (December 1998), p.469-478

ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SANTA MARIA _ Guia para a elaboração de trabalhos escritos na ESSSM, 2016. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; BARRERA, P. – Implementing Evidence-Based Nursing Practice in a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*. Vol.32, nº4 (Jul.-Ago. 2004), p. 371-377.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 Edition/ Supplement. Australia: Copyright.SANTOS, C.; PIMENTA, C.; NOBRE, M. – A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Buscar de Evidências. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. [Em linha], Vol.15, nº3 (Mai.-Jun. 2007).Disponível em: WWW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>

SWANK, A.; KACHELMAN, J; BIBEAU, W.; QUESADA, P. M; NYLAND, J.; MALKANI, A.; TOPP, R. – Prehabilitation before total knee arthroplasty increases strength and function in older adults with severe osteoarthritis. *Journal of Strength and Conditioning Research*. Volume 25, nº 2, (Fevereiro 2011), p318-325

TOPP, R.; SWANK, A.; QUESADA, P.; NYLAND, J.; MALKANI, A. – The effect of prehabilitation exercise on strength and functioning after total knee arthroplasty. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 1, (Agosto 2009), p.729-745.

TORO, A.; SALIDO, M. – Revision Critica de un Estudio Publicado: Resúmenes Comentados de Investigaciones de Calidad. *Index de Enfermería Invierno*. Vol.31 (Set. 2000), p. 56-59)

FATORES PREVENTIVOS E PROTETORES DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EM ENFERMEIROS



NUNO MIGUEL CATELA CORREIA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC); Professor Convidado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESUMO

As lesões músculo-esqueléticas constituem um grave problema de saúde entre os profissionais de saúde, muito particularmente entre os enfermeiros. É importante existir um esforço conjunto por parte das instituições e profissionais de saúde, para criar condições desfavoráveis ao surgimento deste tipo de lesões.

Tendo em conta as consequências elevadas a nível do absentismo, saúde da pessoa e custos económicos associados é importante apostar na prevenção destas lesões através de atividades educacionais junto dos enfermeiros e utilização de equipamentos adequados conciliando com estratégias adequadas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas adequadas.

Palavras-Chave: Enfermeiros; doenças músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho; ergonomia

ABSTRACT

Musculoskeletal injuries are a serious health problem among health professionals, particular among nurses. It is importante to have a joint effort on the part of institutions and health professionals to create unfavorable conditions for the appearance of this type of injury.

Bearing in the mind the high consequences in terms of absenteeism, health of the person and associated economic costs, it is importante to invest in the prevention of these injuries through educational activities with nurses and the use of appropriate equipment, reconciling with appropriate strategies for preventing appropriate musculoskeletal injuries.

Key-words: Nurs*; work-related musculoskeletal diseases; ergonomics

INTRODUÇÃO

As lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) constituem um problema de saúde entre os enfermeiros (Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes, & Sousa-Uva, 2012).

Desta forma, os profissionais de saúde estão frequentemente sujeitos a lesões músculo-esqueléticas por esforço repetitivo, o que contribui para o absentismo entre os profissionais de saúde (Neves & Serranheira, 2014). Além das consequências individuais para os diferentes profissionais, existem gastos económicos quer ao nível das despesas acrescidas com recursos humanos, quer na recuperação de saúde destes profissionais pelas instituições.

As lesões músculo-esqueléticas são assim problemas graves, sendo que as medidas preventivas são geralmente insuficientes (Tamminen-Peter & Nygren, 2019).

As condições de trabalho e as tarefas a realizar são os principais determinantes da exposição a fatores de risco (Neves & Serranheira, 2014).

Segundo Santos (2009), a ergonomia física abrange posturas de trabalho, movimentos repetitivos, manipulação manual de cargas e lesões músculo-esqueléticas, desta forma é assim, importante conhecer os fatores preventivos e protetores de LMELT, para desenvolver estratégias preventivas.

Tendo em conta o referido, através da presente revisão da literatura será importante responder à questão "Quais os fatores preventivos e protetores de LMELT nos enfermeiros?".

MATERIAL E MÉTODOS

Com o objetivo de identificar fatores que promovam a prevenção e proteção de lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros em contexto de internamento hospitalar.

Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Scielo Portugal, RCAAP, PubMed, EBSCO, com os descritores *nurs**, *work-related musculoskeletal diseases* e *ergonomics*, utilizando-se o método PICO,

onde a população são os enfermeiros, o interesse as lesões músculo-esqueléticas e o contexto a prática clínica em internamento hospitalar. A pergunta de investigação foi: "Quais os factores preventivos e protectores de lesões músculo-esqueléticas na prática clínica dos enfermeiros?".

RESULTADOS

Dos 177 artigos, eliminaram-se 155 pela leitura do título e eliminaram-se 13 pela leitura do abstract. A amostra final foi constituída por 9 artigos.

As situações predisponentes de lesões músculo-esqueléticas na prática clínica dos enfermeiros identificadas na literatura são: ambientes físicos desadequados, carga de trabalho pesada, dotações inadequadas, falta de formação, carga manual de doentes, falta de dispositivos auxiliares.

As recomendações incluem assim a necessidade de uma abordagem multifacetada (Szeto et al., 2013) e abrangente para o desenvolvimento de um programa de ergonomia adequado, com realce para a necessidade de complemento com atividade física (Lemo et al., 2012). De acordo com diretrizes europeias para a prevenção da lombalgia do absentismo laboral é recomendado o exercício físico, sendo este um conceito adicional aos programas de formação com incidência em aspetos posturais para a prevenção de LMELT (Neves & Serranheira, 2014). Assim, um manuseamento baseado em evidências deve ser adotado para minimizar este tipo de lesões, com base em programas educacionais com realce para a necessidade de complemento com atividade física.

A literatura é consensual quanto à necessidade de adaptar os ambientes físicos, adequar estratégias/abordagens ao doente e incorporar rotinas rotativas no dia-a-dia (agrupar tarefas que se fazem na posição de sentado por exemplo) (Cordeiro, 2015).

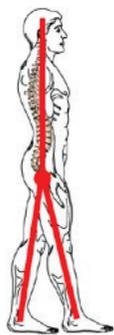
Os fatores protetores de LMELT podem dividir-se em biomecânicos/antropométricos (manuseio do doente, esforço físico, tamanho

das camas), ambientais (temperatura ambiente), organizacionais (doentes com patologias complexas, recursos humanos, ambiente de trabalho) e de direção hospitalar (disponibilidade de equipamento, ações de formação, espaços de repouso).

Face ao aumento da esperança média de

vida, à cada vez maior dependência dos utentes e conseqüentemente imutabilidade das condições de trabalho, existe uma necessidade cada vez maior de formação dos profissionais de saúde para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente no que diz respeito à mobilização de doentes.

Alguns princípios básicos de mecânica corporal que devem ser usados pelos enfermeiros na manipulação de pacientes



Manter as costas direitas;
Deixar os pés afastados e totalmente apoiados no chão



Manter as costas direitas, dobrar os joelhos;
Flexionar os joelhos em vez de curvar a coluna



Evitar torsões do tronco, pois causam tensões indesejáveis e cargas assimétricas nas vértebras

Princípios básicos de mecânica corporal que devem ser adaptados à manipulação de pacientes



Trabalhar o mais próximo possível do corpo do cliente, que deverá ser erguido ou movido
Usar o peso corporal como um contrapeso ao do paciente;
Utilizar movimentos sincrónicos;
Usar uniforme que permita liberdade de movimentos e sapatos apropriados



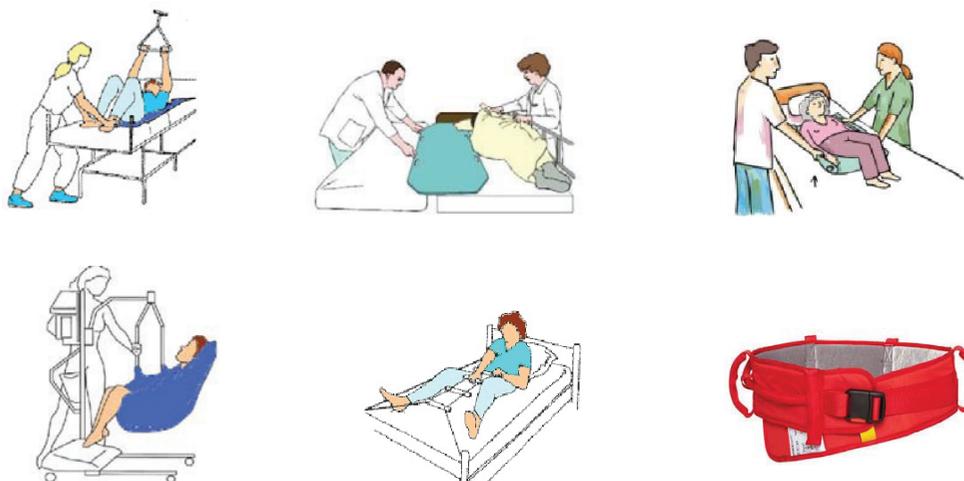
Realizar a manipulação de pacientes com a ajuda de, pelo menos, duas pessoas
Trabalhar com segurança e com calma

Precauções com carga manual de doentes e posturas ergonómicas



Usar movimentos coordenados, balanceados, utente faz carga no cotovelo e pontos de pega firmes

Manipulação de pacientes com dispositivos auxiliares



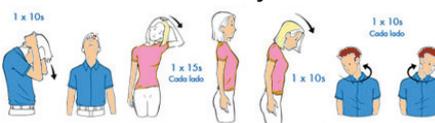
A utilização de transferes, elevadores hidráulicos, resguardos, cinto de transferência, tábua de transferência, entre outros dispositivos podem constituir aspetos importantes na prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

Exercícios de distensão dos músculos / Ergonomia e Ginástica Laboral

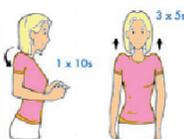
1 - Costas/Região Lombar



2 - Pescoço



3 - Ombros



4 - Braços



5 - Mãos



Aliar exercícios de alongamento que podem ser executados de forma discreta aquando da atividade profissional à atividade

Atividade Física



A atividade física como por exemplo a caminhada ou corrida durante 30 minutos 3 vezes por semana, a prática de desportos como aeróbica, passadeira, bicicleta e ainda a execução de exercícios de yoga e outros de relaxamento podem desempenhar um papel preponderante na prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde.

CONCLUSÕES

A profissão de enfermagem pode ser gratificante e satisfatória, no entanto é fisicamente exigente. Os contextos institucionais, abrangendo a falta de recursos técnicos e humanos, bem como o contexto educacional, compreendendo a adoção de estratégias facilitadoras por parte dos enfermeiros, são situações que facilmente originam lesões.

É importante existir um esforço conjunto por parte da instituição e também dos profissionais de saúde, para criar condições desfavoráveis ao surgimento de LMELT. Em particular, tendo em conta que cerca de um terço do tempo do enfermeiro é em tarefas de cuidado ao doente ou no quarto do doente, devem ser desenvolvidas estratégias protetoras nestes contextos.

Entre outros fatores, a literatura releva a necessidade de formar os profissionais, adaptar/melhorar as rotinas e incluir planos de exercício no trabalho. Neste sentido, para investigação futura, importa desenvolver programas de intervenção multifacetada, privilegiando a realização de exercícios de distensão e força, principalmente a nível dos músculos da cadeira posterior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, A. R. G. (2015). Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho em Enfermeiros: Prevalência e Fatores Determinantes. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Lemo, A., Silva, A. G., Tucheran, M., Talerman, C., Guastelli, R. L., Borba, C. L. (2012). Risk reduction in musculoskeletal practice assistance professional

nursing pilot in semi intensive care unit. Work 41 (Suppl. 1): 1869-1872. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22316988>

Neves, M. & Serranheira, F. (2014). A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(1): 89-105. doi: 10.1016/j.rpsp.2014.01.001

Nobre, A. F. B. (2017). A Reabilitação das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho em Saúde. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1924/1/Ana_Nobre.pdf

Santos, J. M. S. (2009). Desenvolvimento de um Guião de Seleção de Métodos para Análise do Risco de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT). Tese de Mestrado em Engenharia Humana. Universidade do Minho.

Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2), 193-203. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.10.001

Silva, André Filipe Ferreira da, (2011). Prevalência de lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros Escola Superior de Saúde – Universidade Fernando Pessoa, recuperado de <http://hdl.handle.net/10284/2492>

Szeto, G. P., Wong, T. K., Law, R. K., Lee, E. W., Lau, T., So, B. C., & Law, S. W. (2013). The impact of a multifaceted ergonomic intervention program on promoting occupational health in community nurses. Applied Ergonomics 44 (3): 414-422. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23153515>

Tamminen-Peter, L. & Nygren, K. (2019). Development of an education scheme for improving perioperative nurses competence in ergonomics. *Work*, 64(3): 661-667. doi: 10.3233/wor-193002. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31683494>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SINAIS VITAIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
 - 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
 3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
 4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
 5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
 6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
 - 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
 - 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
 - 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
 7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
 8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
 9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
 - 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
 10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
 11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
 12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
 13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
 14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitais.pt