

# sinais vitais

enfermagem em revista

## VII CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS

Lisboa | Portugal | 29 e 30 de Abril de 2016

Auditório Metro Lisboa – Estação Alto dos Moinhos

**EDIÇÃO ESPECIAL**

7/03/2016

Submissão de  
Comunicações



# SUMÁRIO

## P03 EDITORIAL

### P08 ESPECIAL

QUAIS OS PENSAMENTOS SOBRE O SERVIÇO DA ALTERAÇÃO DO AMBIENTE BIOMOLECULAR DAS FERIDAS COMPLEXAS?

### P12 ESPECIAL

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NEUROPÁTICA NA PESSOA COM FERIDA

### P20 ESPECIAL

IMPACTO DO BIOFILME NA FERIDA COMPLEXA E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS: QUE INTERVENÇÕES?

### P24 ESPECIAL

A IMPORTÂNCIA DOS ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS

### P28 ESPECIAL

QUAIS OS PARÂMETROS DE DESEMPENHO DAS SUPERFÍCIES DE APOIO REATIVAS E DOS REVESTIMENTOS A AVALIAR?

### P31 ESPECIAL

PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DE FLICLENAS PÓS-CIRÚRGICAS

### P34 ESPECIAL

GRUPO DE FERIDAS NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO: QUAL A RELEVÂNCIA?

### P37 ESPECIAL

UMA ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA CONTROLADA (TPNC) EM FERIDAS COMPLEXAS (FC), NO DOMICÍLIO E NO HOSPITAL

### P39 ESPECIAL

O ENFERMEIRO E A PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO - UM CAMINHO A PERCORRER NO SERVIÇO DE MEDICINA 1...

## P53 CIÊNCIA & TÉCNICA

DOR E TRABALHO NAS ENFERMEIRAS

## P53 CIÊNCIA & TÉCNICA

EDUCAR PARA A SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

#### 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 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 / Nelson 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 Margato, enfermeiro  
rmargato@gmail.com

### VII CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS E O ACTO DE ENFERMAGEM

**D**ecorreu nos dias 29 e 30 de Maio de 2016 o VII Congresso Internacional Gestão de Feridas Complexas no Auditório Metro de LISBOA.

A adesão dos participantes e dos sponsors a este encontro excedeu às expectativas, bem como a qualidade do programa científico. Salientamos alguns temas:

- Que contributos e inovações trazem as guidelines de pé diabético de 2015?
- Como os pensos controlam os biofilmes nas feridas complexas infetadas.
- Usa-se sempre pensos absorventes em feridas exsudativas?
- Que pensos antimicrobianos existem no mercado em Portugal?
- Quais as Bundles -"Feixe de Intervenções" – de Prevenção de infeção de local cirúrgico?
- Ostomias: dos fundamentos à prática.

De destacar a participação activa dos diferentes intervenientes, nomeadamente no auditório, tendo-se gerado momentos de profícuo debate acerca das apresentações explanadas, tanto no hall, como à volta dos equipamentos adaptativos expostos e das diferentes soluções apresentadas pelas empresas no âmbito da prevenção de UPP e tratamento de feridas.

Certos da mais-valia que iniciativas destas constituem, porque daqui germinam sempre projectos que depois brotam nos contextos da prática clínica, estes devem tomar como ponto de partida a evidência científica para que se possam constituir como "boa prática", daí esta edição da Revista Sinais Vitais ser dedicada ao VII Congresso. Este número terá a maioria das comunicações apresentadas a Congresso e uma página alusiva a cada sponsor que nos apoiou nesta a iniciativa.

Os enfermeiros cada vez mais se afirmam nesta área clínica e fazem-no porque têm investido no aprofundamento do conhecimento no âmbito destes fenómenos, investigando, associando-se, editando linhas de orientação e por isso, são cada vez mais imprescindíveis à comunidade neste domínio.

As associações de feridas têm desenvolvido trabalho científico interessante e na sessão de abertura do Congresso, onde estiveram todas, ficou o desafio de se associarem para elaborar projectos conjuntos.

Nenhuma profissão tem razão de existir se não puder justificar a prestação de um serviço à população e dar provas da sua capacidade para o prestar. O caminho que a profissão tem trilhado nestas quatro últimas décadas tem permitido também, nesta área clínica, uma significativa afirmação junto da comunidade. Fica por isso claro que o campo de competência da enfermagem tem a finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplantá-las, se essas capacidades forem insuficientes. Ela baseia-se ainda na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir. Quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos na vida das pessoas que exigem ajuda de um profissional de enfermagem (*o casamento, o nascimento de um filho, um período de crise provocado por um divórcio, o novo emprego ou nova crise: o desemprego, a adaptação a nova cultura organizacional e situacional*).

O acto de enfermagem que nos tempos recentes tem vindo a ser objecto de "definição" pelo Ministério da Saúde não pode esquecer o caminho percorrido pela enfermagem.



# Formação Profissional

Inicia  
em

## Pós Graduação de Enfermagem em Cuidados Paliativos \_ Coimbra

A presente proposta de formação considera como conteúdos formativos os referenciados como essenciais no Despacho de 15 de Junho de 2004 (aprovação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos) e o proposto pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos no que respeita à formação de profissionais de saúde, incluindo os cuidados à pessoa doente e sua família em internamento ou no domicílio, nomeadamente o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

Datas: 2 e 9 de Julho | 10 e 24 de Setembro | 8 e 15 de Outubro | 5, 19 e 26 de Novembro | 3, 10 e 17 de Dezembro de 2016

Duração: 160 horas (90 horas de sala de aula + 70 de trabalho do formando)

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h, sábados

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra

Condições de candidatura e inscrição ainda disponíveis em [www.sinaisvitalis.pt](http://www.sinaisvitalis.pt) ou pelo e-mail [suporte@sinaisvitalis.pt](mailto:suporte@sinaisvitalis.pt)

## Curso de Aplicação de Bandas Neuromusculares

Datas: 23 de Setembro de 2016

Duração: 8 horas

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra

Novos

## Curso de Electroestimulação na Enfermagem

Datas: 29 de Setembro de 2016

Duração: 8 horas

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra



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

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra  
| Telef: 239 801020 | [suporte@sinaisvitalis.pt](mailto:suporte@sinaisvitalis.pt)



### MAIS INFORMAÇÕES:

Programas, condições de candidatura e inscrições disponíveis em:  
[www.sinaisvitalis.pt](http://www.sinaisvitalis.pt)

**Não fique para trás, aposte na sua formação!**

# Formação Profissional Certificada!

## PÓS GRADUAÇÕES EM LISBOA E COIMBRA

### Pós Graduação em Gestão de Feridas Complexas \_ Lisboa

Datas: 5, 19 e 26 de Novembro | 10 e 17 de Dezembro de 2016 | 7, 14 e 28 de Janeiro | 4, 18 e 25 de Fevereiro | 11, 18 e 25 de Março | 1 e 8 de Abril e 13 de Maio de 2017

Duração: 344 horas (144 horas de sala de aula + 200 de trabalho do formando)

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h, sábados

Local de Realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Lumiar, Lisboa

### Pós Graduação em Urgência/Emergência

#### Lisboa:

Datas: 17 e 24 de Setembro | 8, 15 e 29 de Outubro | 5, 19 e 26 de Novembro | 10 e 17 de Dezembro de 2016 | 7, 14 e 28 de Janeiro | 4, 18 e 25 de Fevereiro | 11, 18 e 25 de Março | 1 e 8 de Abril e 13 de Maio de 2017

Duração: 204 horas (154 horas de sala de aula + 50 de trabalho do formando)

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h, sábados

Local de Realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Lumiar, Lisboa

#### COIMBRA:

Datas: 21, 22, 28 e 29 de Setembro, 12, 13, 26 e 27 de Outubro, 9, 10, 23 e 24 de Novembro, 13 e 14 de Dezembro de 2016 e 4, 5, 18 e 19 de Janeiro, 1, 2, 15 e 16 de Fevereiro, 1, 2, 15, 16, 29 e 30 de Março e 12 e 13 de Abril de 2017

Duração: 204 horas (154 horas de sala de aula + 50 de trabalho do formando)

Horário: quarta-feira das 17h às 21horas e quinta feira das 09h às 13h e das 14h às 17 horas

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra



## Outras Actividades

### Congresso Internacional de Urgência /Emergência

7 e 8 de Outubro de 2016

Audtório do Metropolitano de Lisboa, estação do Alto dos

Moinhos

Lisboa | Portugal



Formação certificada !



## Cursos de Curta Duração

### Electrocardiografia (Emergências Cardiológicas)

Datas: 6, 13, 20 e 27 de Setembro de 2016

Duração: 40 horas

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra

### Tratamento de Feridas

Datas: 12, 14, 19, 21, 26 e 28 de Setembro e 3, 5, 10 e 12 de Outubro de 2016

Duração: 40 horas

Horário: das 18:00 às 21:00

Local de Realização: Sala de formação Sinais Vitais, Coimbra

### Hemodiálise para Enfermeiros

Datas: 10, 17 e 24 de Setembro e 8 de Outubro de 2016

Duração: 40 horas

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h

Local de Realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Lumiar, Lisboa

### Princípios de Reabilitação da Pessoa com AVC

Datas: 10, 17 e 24 de Setembro e 8 de Outubro de 2016

Duração: 40 horas

Horário: das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:30h

Local de Realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Lumiar, Lisboa



#### MAIS INFORMAÇÕES:

Programas, condições de candidatura e inscrições disponíveis em:  
[www.sinaisvitais.pt](http://www.sinaisvitais.pt)



EXSUDADO



INFECÇÃO



BIOFILME

O tratamento das feridas  
sempre teve os seus vilões.

Agora tem um herói.

**AQUACEL™** **Ag+**  
Pensos

*Nenhum penso faz mais.†*

## QUAIS OS PENSOS AO SERVIÇO DA ALTERAÇÃO DO AMBIENTE BIOMOLECULAR DAS FERIDAS COMPLEXAS?



**ELSA MENOITA**  
FERIDASAU

As feridas complexas possuem uma natureza complexa (inflamatória e senescente). Existem fatores que podem induzir à cronicidade de uma ferida, como:

- Corpos estranhos,
- Isquemia,
- Trauma físico repetido,
- E/ou bioburden elevado.

Perante um ou vários fatores de cronicidade, existe um estímulo pró-inflamatório constante, e conseqüentemente as células leucocitárias produzem mais e de forma ininterrupta citocinas pró-inflamatórias, e estas, por

sua vez, mais proteases (metaloproteinases da matriz - MMP's) e por longos períodos, havendo uma Atividade Elevada de Proteases (EPA). Quando há um aumento da carga proteásica há uma degradação das proteínas da matriz extracelular. Para além disso, neste ciclo vicioso (Circulo Cullen) há inibição do processo de apoptose e as células tornam-se senescentes, não respondendo aos fatores de crescimento, formando assim, a carga celular. O microambiente do leito, nas feridas complexas, é alcalino, o que propicia o desenvolvimento bacteriano (que por sua vez irá aumentar o pH por libertação de amónia) e a bioatividade das protease



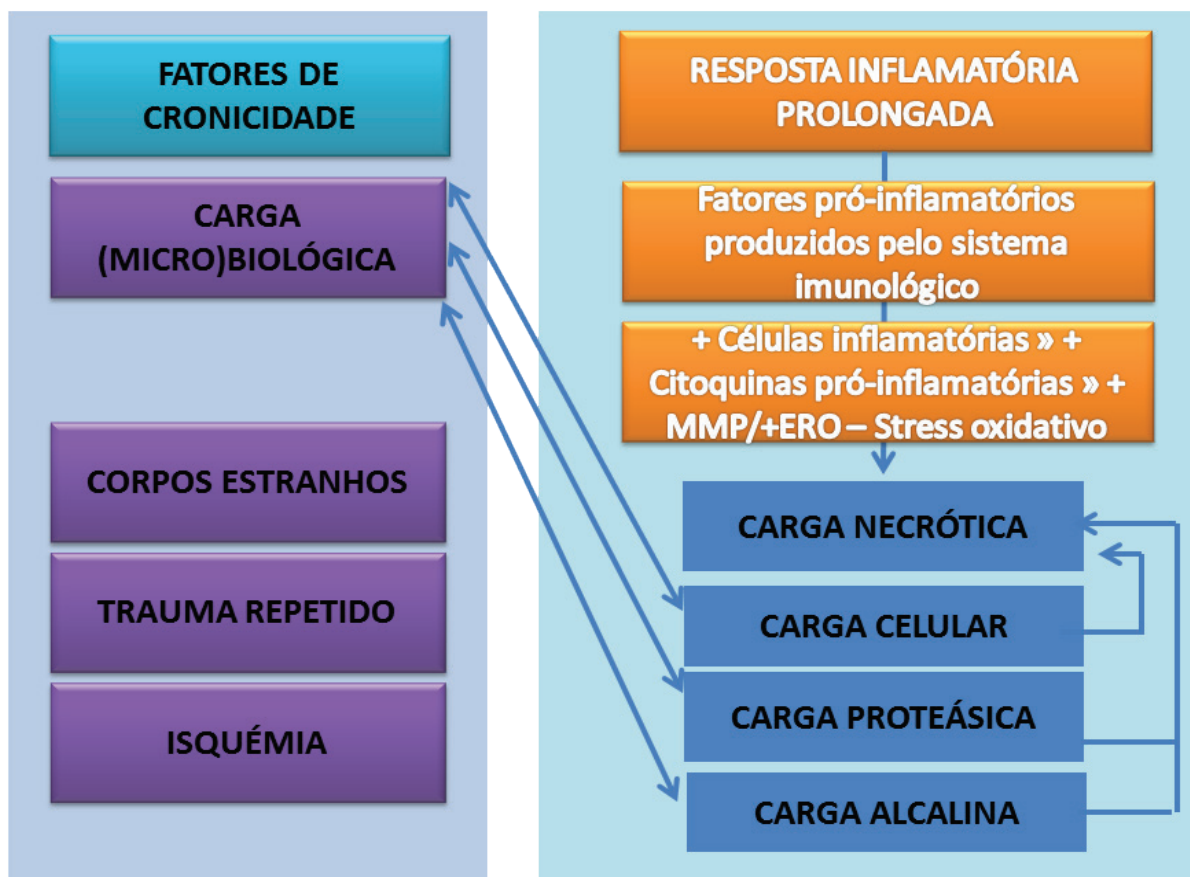


Figura nº - 1 – Resumo do impacto dos fatores de cronicidade na cicatrização das feridas complexas

As feridas complexas são de difícil cicatrização, mas podem ser cicatrizáveis. Estas podem ter ou não potencial de cicatrização. As que têm potencial de cicatrização podem ser categorizáveis em: cicatrizáveis (a causa subjacente pode ser corrigida e têm aporte sanguíneo adequado) ou de manutenção (a causa pode ser corrigida, mas existem fatores extrínsecos à ferida que dificultam a cicatrização). Nas feridas complexas cicatrizáveis pode recorrer-se primeiramente ao DIM (Desbridamento, controlo de Infecção, controlo do Meio de humidade em desequilíbrio). Se mediante o DIM não se conseguiu a cicatrização em feridas cicatrizáveis, recorre-se como segunda linha de tratamento ao DIM+E, que implica o uso de terapias para o estímulo dos bordos Epiteliais.

De certo modo, enquanto se procede ao desbridamento e ao controlo de infeção (e gestão do biofilme) já se está a corrigir o ambiente biomolecular das feridas complexas.

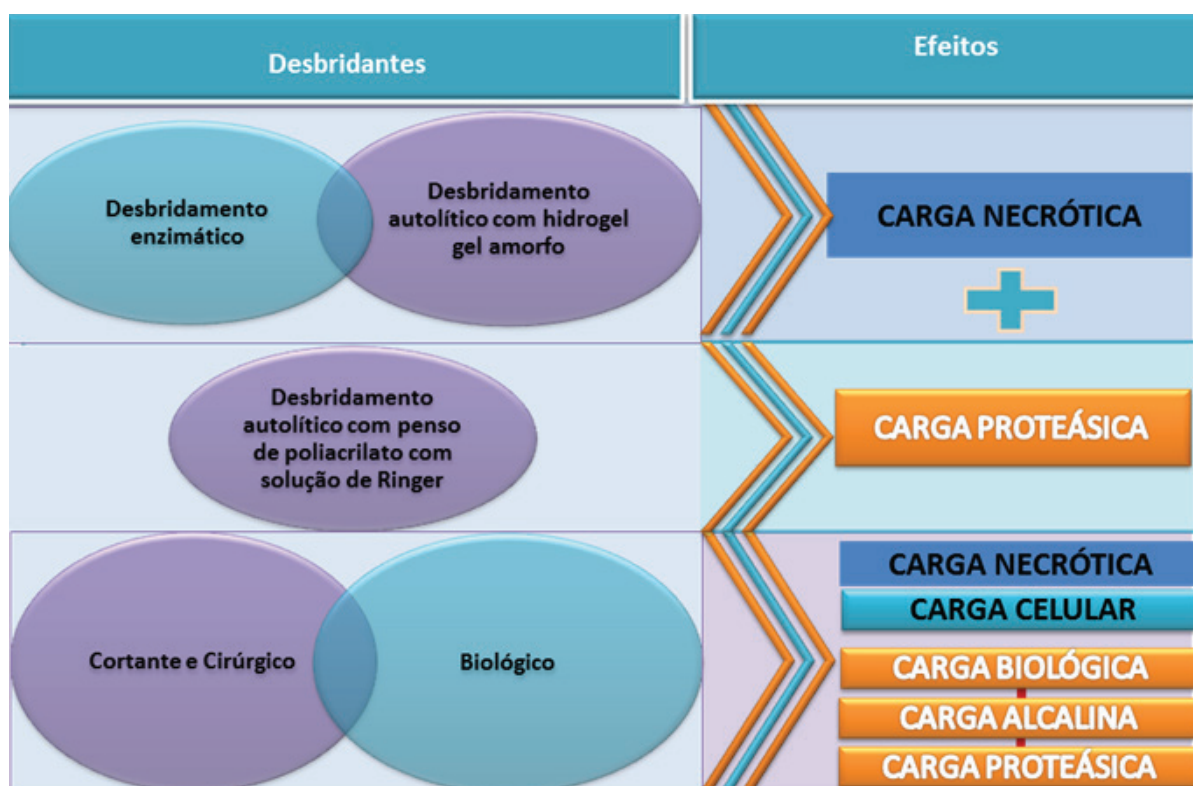


Figura nº 2 – Efeitos dos diferentes tipos de desbridamento sobre o ambiente biomolecular das feridas complexas

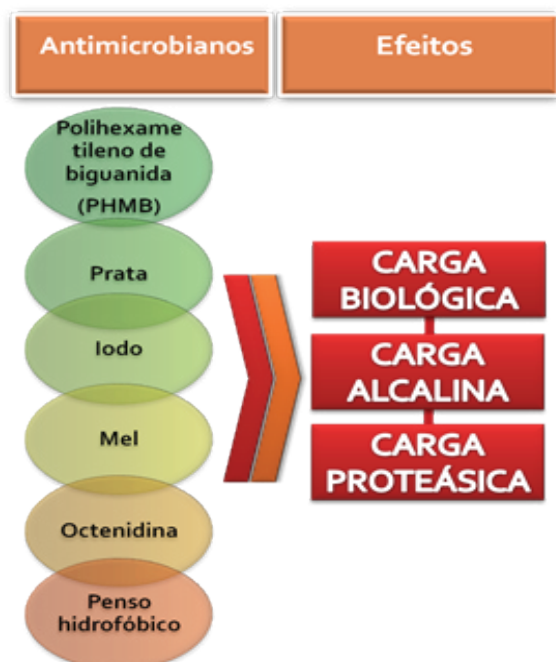


Figura nº 3 – Efeitos do controlo da infeção sobre o ambiente biomolecular das feridas complexas

Sendo assim, deve recorrer-se SEMPRE a pensos bioativos quando a ferida está estagnada na cicatrização? Não! Só depois da intervenção DIM, com a ferida sem sinais de infeção nem carga necrótica.

Numa segunda linha de tratamento existem os pensos bioativos.

Dentro dos pensos bioativos existem os moduladores de proteases. São exemplo as seguintes opções:

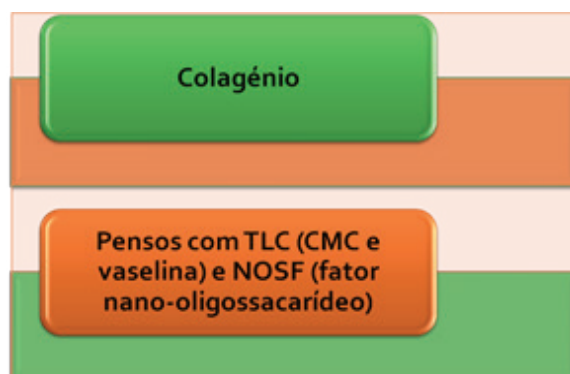




Figura nº 4 – Propriedades dos pensos moduladores de proteases.

Nos pensos bioativos também existem os moduladores de pH que de forma indireta vão modular a carga proteásica. São exemplo as seguintes opções:



O mel para uso medicinal (MGH – Medical Grade Honey) está disponível em diferentes apresentações, tais como em gel, creme/pasta ou apósito. O mel tem um pH elevado, o que permite tornar o ambiente mais inóspito para as bactérias e para a atividade proteásica. O mel manuka tem Metilglioxal (MGO) e Leptosin que conferem propriedades antimicrobianas.

A pomada moduladora de proteases tem vários polímeros Polietilenoglicol Polaxame que vão acidificar o ambiente, assim como a maltodextrina e ácido ascórbico.

O ácido hialurónico com iodo é um promo-

tor da migração celular. Por um lado, o ácido hialurónico tem capacidades higroscópicas, criando um ambiente húmido que favorece a migração e bioatividade celular e por outro lado o iodo vai protegê-lo da hialuronidase. Apresenta-se um quadro que faz uma sumula do apresentado.

Opções terapêuticas para controlar o microambiente celular e molecular da ferida BIOATIVOS	
Moduladores das proteases	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colagénio em pó;</li> <li>• Matriz moduladora de proteases;</li> <li>• Pensos com tecnologia TLC e fator NOSF.</li> </ul>
Moduladores do pH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mel;</li> <li>• Pomada moduladora das proteases;</li> <li>• Maltodextrina e ácido ascórbico.</li> </ul>
Promotores da proliferação e migração celular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido hialurónico com iodo;</li> <li>• Colagénio;</li> <li>• Maltodextrina e ácido ascórbico</li> </ul>

### Bibliografia recomendada

Menoita, Elsa- Cicatrização de feridas complexas. Gestão de feridas complexas. Lusodidacta, 2015.

Menoita, Elsa – Preparação do leito da ferida: DIM+E. Gestão de feridas complexas. Lusodidacta, 2015.

Menoita, Elsa; Cigarro, Ana Rita – Material de penso. Gestão de feridas complexas. Lusodidacta, 2015.

## AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NEUROPÁTICA NA PESSOA COM FERIDA



**ELSA CRISTINA MORAIS FIGUEIREDO SANTOS**  
ENFERMEIRA - CHUC

**JULIANA MUXAGATA PACIÊNCIA**  
ENFERMEIRA - CHUC

### RESUMO

O fenómeno doloroso acompanha transversalmente a generalidade das situações patológicas, sendo o seu controlo um dever dos profissionais, um direito dos utentes e um requisito fundamental para a humanização dos cuidados de saúde (11).

Na pessoa com ferida a dor tem um impacto negativo na qualidade de vida (5) e a presença de dor neuropática está geralmente asso-

ciada a maior intensidade e tendência para a cronicidade. Frequentemente subdiagnosticada, a dor neuropática é um problema de saúde pública, com graves implicações clínicas e económicas, sendo o seu tratamento um desafio para os profissionais de saúde

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor neuropática; Pessoa com ferida

A dor é uma experiência comum na pessoa com ferida existindo numerosos fatores, habitualmente interligados, que podem estar relacionados com o seu aparecimento, como por exemplo: dano tecidual, inflamação/infecção prolongada, remoção/colocação de apósitos, desbridamento, fatores locais (edema, reação alérgica, isquemia), entre outros. Viver com uma ferida, principalmente em situações de cronicidade, pode ser extremamente desgastante, sendo que a ansiedade, o stress, o medo e dificuldade em realizar as atividades de vida diária, podem influenciar e exacerbar a percepção de dor <sup>(12)</sup>.

Segundo a IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor) a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em função dessa lesão. É pessoal, subjetiva e multidimensional, e como tal é diferente de indivíduo para indivíduo, devendo a sua abordagem integrar o modelo biopsicossocial, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas também as suas implicações psicológicas, sociais e até culturais, exigindo uma abordagem multidisciplinar <sup>(6)</sup>.

Fisiologicamente a dor resulta da estimulação de nociceptores (terminações nervosas livres específicas com distribuição na pele e restantes órgãos) por estímulos nocivos mecânicos (ex. picada, pressão), térmicos (ex. calor, frio) ou químicos e posteriormente da condução desses estímulos através de fibras nervosas (A $\delta$  e C) até ao cérebro, onde a dor é percebida e modulada através das vias nervosas descendentes. Se o estímulo nocivo for breve o processo é rápido e não deixa sequelas, havendo relação direta entre a intensidade deste estímulo e a magnitude da

sensação. Chama-se a este tipo de dor, dor nociceptiva aguda que no organismo tem uma função de alerta e proteção <sup>(2)</sup>.

No caso da pessoa com ferida o estímulo nocivo prolonga-se no tempo e o processo inflamatório subjacente leva à libertação de substâncias (ex. prostaglandinas, substância P, glutamato) que sensibilizam os nociceptores diminuindo o seu limiar de excitação. Surge a hiperalgesia primária e posteriormente a hiperalgesia secundária, por aumento da excitabilidade neuronal a nível central, ocorrendo em última instância memorização da dor (plasticidade do sistema nervoso central). Começa a perder-se a relação estreita entre a intensidade do estímulo e a magnitude da sensação, pois estimulações aparentemente pouco dolorosas, tanto no leito da ferida como na região circundante passam a ser percebidas pela pessoa como muito dolorosas - hiperalgesia, tornando-se a dor persistente <sup>(2)</sup>.

A disrupção do mecanismo de transmissão da dor pode levar ao desenvolvimento de dor crónica e de dor neuropática onde existe uma falta quase total de relação entre a intensidade do estímulo e a magnitude da sensação. Ficamos perante um mecanismo patológico e mal adaptativo das vias da dor, ainda pouco esclarecido, em que a lesão ou disfunção do sistema nervoso promove o aparecimento de estados dolorosos anormais nos quais a dor pode surgir na ausência de estímulo – espontânea, ou mesmo perante estímulos não dolorosos - alodinia (ex. dor intensa à deslocação de ar na ferida ou simples toque) <sup>(2)</sup>.

A dor neuropática pode localizar-se a qualquer nível do sistema nervoso (SN). Quando a lesão está localizada a nível do SN Central

denomina-se dor neuropática central, assim como quando a lesão é no SN Periférico se denomina de dor neuropática periférica que pode ser localizada, quando a pessoa consegue facilmente identificar a área dolorosa ou identificar onde existe maior intensidade de dor (ex. dor na ferida ou região perilesional)<sup>(12)</sup>.

Existem vários tipos de dor neuropática localizada e as suas causas podem ser tra-

exames complementares de diagnóstico (ex. eletromiograma, biopsia cutânea) que a confirmam. Provável quando apenas temos a história clínica e o exame físico/neurológico positivo, e não confirmado se nenhum dos dados colhidos se verificar<sup>(9)</sup>.

Na colheita da história clínica é fundamental incluir perguntas acerca da duração, localização, intensidade e qualidade da dor, assim como possíveis fatores exacerbantes e im-

### Quadro 1 – Sinais e sintomas de dor neuropática e sua definição

Sintomas positivos	Parestesia	Sensação anormal espontânea ou evocada, normalmente descrita como formigueiro, picadas, choque elétrico.
	Disestesia	Sensação desagradável, algumas vezes dolorosa, espontânea ou evocada
	Hiperalgisia	Resposta dolorosa aumentada a um estímulo normalmente doloroso (frio, calor, picada e/ou pressão)
	Hiperestesia	Aumento da sensibilidade a estímulos sensoriais
	Alodinia	Dor em resposta a um estímulo não doloroso
Sintomas negativos	Hipoestesia	Diminuição da sensibilidade a estímulos sensoriais
	Hipoalgisia	Resposta dolorosa diminuída a um estímulo normalmente doloroso
	Anestesia	Perda total de sensibilidade
	Analgesia	Ausência de dor em resposta a estímulos normalmente dolorosos

Fonte: DIREÇÃO GERAL SAÚDE (outubro 2014) e JULIÃO [et al] (2010)

matológicas (ex. neuropatia pós-traumática), metabólicas (ex. neuropatia diabética), inflamatórias/infiltrativas (ex. neuropatia por infiltração neoplásica), tóxicas (ex. neuropatia pós-quimioterapia), entre outras (9), implicando a sua avaliação a utilização de uma taxonomia específica, que reflete a lesão nervosa e que nem sempre é familiar à generalidade dos profissionais de saúde (quadro 1). Assim, em 2014 a DGS emanou uma orientação e posteriormente uma norma que servem de base a uma correta abordagem clínica<sup>(8, 9)</sup>.

O diagnóstico de dor neuropática pode ser definitivo, provável ou não confirmado. Definitivo quando para além da história clínica e do exame físico/neurológico positivo, temos

pacto funcional no sono, humor, atividades de vida diária, atividade profissional e social. É importante explorar também as estratégias prévias e atuais utilizadas para controlo da dor, principalmente no que diz respeito à sua eficácia analgésica, tolerância e efeitos secundários<sup>(10)</sup>.

Quanto à duração da dor importa distinguir entre dor aguda e dor crónica. A dor aguda é de início recente (menos de três meses), bem localizada, com relação causal com a lesão que lhe deu origem e provável duração limitada. A dor crónica tem duração superior a três/seis meses, não tem função de proteção, pode persistir para além da cura da lesão e não ter intensidade correlacionável com o estímulo desencadeante<sup>(1)</sup>.

A localização da dor pode ser facilitada com a utilização de diagramas corporais (Fig. 1), que permitem descrever a topografia e o caráter localizado ou difuso da dor (típico na

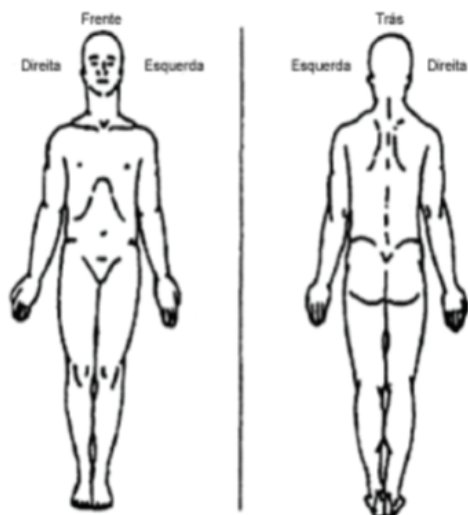


Fig 1 – Diagrama Corporal

Fonte: AZEVEDO, Luis Filipe [et al] (2007), p.38

dor neuropática), podendo orientar etiológicamente para os territórios neurológicos afetados (centrais ou periféricos) <sup>(10)</sup>.

A intensidade da dor deve ser avaliada através da utilização de escalas de autoavaliação (ex. numérica, qualitativa, faces, visual analógica), em que é a pessoa a avaliar a sua dor. No entanto é fundamental que o profissional de saúde se assegure que a pessoa compreendeu corretamente o significado e utilização da escala <sup>(7)</sup>.

Relativamente à qualidade da dor, para aumentar a probabilidade de detetar a presença de neuropatia, é necessário cruzar a existência de sintomas positivos e negativos (quadro 1), descritores verbais (quadro 2) e exames de cabeceira que permitem através da utilização de ferramentas simples, pesquisar alterações somatossensoriais (quadro 3), como sejam diminuição ou aumento de

sensibilidade numa determinada área. Os achados na zona dolorosa são sempre comparados com áreas onde não existe dor, sendo que a relação entre o estímulo e a sua perceção pode estar alterada quantitativamente (hipoestesia, hiperestesia, hipoalgesia, hiperalgesia), qualitativamente (alodinia, parestesia, disestesia), espacialmente (difícil localização, irradiação anormal) ou temporalmente (latência anormal, somatização) <sup>(10)</sup>. Na generalidade, os sinais e sintomas observados detêm uma localização neuroanatômica compatível com o local de lesão, contudo a queixa álgica pode estender-se a

#### Quadro 2 – Descritores verbais de dor neuropática

Dormência
Formigueiro / picada
Ardor / calor / queimadura
Compressão / aperto
Guinada
Dor lancinante / choque elétrico
Frio doloroso

Fonte: DIREÇÃO GERAL SAÚDE (outubro 2014)

#### Quadro 3 – Exames de Cabeceira para testar as funções sensoriais de acordo com o tipo de fibras nervosas

Ferramentas	Sensação	Tipo de fibra nervosa
Dedos, pedaço de algodão ou pincel	Toque	A $\beta$
Diapasão (64 ou 128 Hz)	Vibração	
Agulha de Frey 128 mN, palito	Picada, dor aguda	A $\delta$
Objetos frios (20°C)	Frio	
Objetos quentes (40°C)	Calor	C

uma área sensorial mais extensa e pode ser espontânea (surge sem estímulo aparente) ou evocada (provocada por estimulação ex-

terna), continua ou intermitente <sup>(9, 10)</sup>.

Existem instrumentos de rastreio que auxiliam na difícil tarefa de identificar a presença de dor neuropática, entre os quais o questionário específico para rastreio de dor neuropática – DN4 <sup>(9)</sup>, validado para a população portuguesa, de fácil utilização e que aponta para a provável existência deste tipo de dor se quatro ou mais dos seus 10 itens tiverem resposta positiva.

Quando a dor neuropática é identificada o seu controlo é um desafio, exigindo uma abordagem multidisciplinar e terapêutica multimodal que pode incluir tratamento farmacológico, não farmacológico e educação para a saúde <sup>(8)</sup>.

A seleção do tratamento farmacológico depende das comorbilidades do utente, perfil de segurança e contra-indicações do fármaco, medicação prévia e atual, vulnerabilidade individual conhecida (ex. efeitos adversos), entre outros <sup>(10)</sup>. A maioria dos tratamentos farmacológicos disponíveis não é específica nem totalmente eficaz, estando associada a efeitos secundários. Na terapêutica farmacológica de primeira linha preconizada para a pessoa com dor neuropática utilizam-se antidepressivos (ex. amitriptilina, duloxetina, venlafaxina) e antiepiléticos (ex. gabapentina, pregabalina) inicialmente em monoterapia e em associação como abordagem de segunda linha. Na terapêutica de terceira linha está recomendado associar tramadol. A utilização de opióides fortes (ex. tapentadol, morfina, buprenorfina) deve ser reservada para as Unidades de Dor, pois está associada a múltiplos efeitos secundários e exige monitorização por equipas experientes <sup>(9)</sup>.

No tratamento farmacológico é necessário contemplar a titulação dos fármacos, aumen-

tando progressivamente as doses destes até encontrar uma dose mínima eficaz, com intuito de conseguir a melhor analgesia com a menor incidência de efeitos secundários <sup>(9)</sup>. É fundamental a monitorização frequente durante o processo de titulação e havendo necessidade de mudança ou descontinuação de um fármaco/os esta deverá ser feita também de forma gradual <sup>(10)</sup>.

Relativamente ao tratamento não farmacológico da dor neuropática na pessoa com ferida, podem ser consideradas uma mais-valia: as técnicas de autocontrolo da dor, o suporte emocional e o relaxamento com o intuito de controlar a ansiedade, a depressão, o medo, a frustração ou outras emoções que podem amplificar a perceção da dor. Outras técnicas também recomendadas são a psicoterapia, a estimulação elétrica transcutânea, a fisioterapia e a acupuntura, no entanto estas exigem formação diferenciada para a sua execução o que pode limitar de alguma forma a sua utilização <sup>(8)</sup>.

A educação para a saúde da pessoa com dor neuropática é fundamental para o sucesso terapêutico, principalmente no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas e receios, associados à utilização de antiepiléticos e antidepressivos para o tratamento deste tipo de dor, uma vez que, pela conotação inerente a este tipo de fármacos, a pessoa se possa sentir desvalorizada e/ou desacreditada na sua dor. Promover hábitos de vida saudáveis e incentivar a utilização de um diário de dor promovem o sentimento de autocontrolo também importante <sup>(8)</sup>.

A avaliação da eficácia do tratamento deverá ser feita entre a segunda e a quarta semana, monitorizando: redução da dor em pelo menos 30 a 50%; titulação da dosagem dos



fármacos bem como a sua tolerabilidade e efeitos secundários; participação nas atividades de vida diária; qualidade do sono; humor e melhoria global referida pela pessoa. Com base na reavaliação clínica, após um período estável de três a seis meses pode começar a ponderar-se redução gradual da terapêutica<sup>(9)</sup>.

A referenciação para uma Unidade Especializada deve ser ponderada em casos de difícil controlo algico apesar da terapêutica otimizada, intolerância aos fármacos instituídos ou necessidade de titulação rápida, limitação significativa das atividades de vida, deterioração do estado geral e/ou progressão significativa da doença de base existente (10).

A avaliação, diagnóstico e tratamento da dor neuropática é um processo moroso mas essencial, porque tem implicações sérias na qualidade de vida da pessoa, interferindo com o sono e a capacidade funcional, desencadeando sofrimento, ansiedade e depressão. Carece inicialmente de um correto diagnóstico baseado numa avaliação específica que exige profissionais treinados. Depende de uma documentação criteriosa que facilite a monitorização da evolução da dor e o seu controlo e implica confiança do utente na equipa que o está a tratar e compromisso deste e seus cuidadores com o tratamento.

#### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1 - ÁGREDA, J.J.S.; BOU, J.E.T. – Comprendiendo la terapia compresiva [Em linha]. Reino Unido: EWMA documento de posicionamento. 2003. [Consult. 29 Maio 2016]. Disponível em WWW:<URL: [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/Position\\_Documents/2003/Spring\\_2003\\_\\_Spanish\\_.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2003/Spring_2003__Spanish_.pdf).

2 - ALLAGA, Luis; CATALÀ; Elena, ed. Lit. – Manual de tratamento da dor. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. 382p. ISBN 972-733-215-3

3 - AZEVEDO, Luis Filipe [et al] – Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. Dor [Em linha]. 15:4 (2007), 6-56. Consult. 06 junho 2016]. Disponível WWW:<URL: [http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2007/n4.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf)> ISSN 0872-4814.

4 - BENBOW, Maureen – A practical guide to reducing pain in patients with wounds. British Journal of Nursing. ISSN 0966-0461. 18:11 (2009), 11-24.

5 - COSTA, Isabel Alves; DUARTE, João Carvalho; AMARAL, Maria Odete Pereira – A influência da dor na qualidade de vida do doente com ferida crónica dos membros inferiores. Nursing. ISSN 0871-6196. [vol.]: 293 (2016), 5-11.

6 - DIREÇÃO-GERAL DA SAUDE – Plano nacional de luta contra a dor. [1ª ed.] Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

7 - DIREÇÃO GERAL DA SAUDE – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor [Em linha]. Lisboa: DGS, 2003. [Consult. 06 junho 2016]. Disponível em WWW:<URL: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i005605.pdf>

8 - DIREÇÃO-GERAL DA SAUDE – Abordagem da dor neuropática no adulto e idoso [Em linha]. Lisboa: DGS, abril 2014. [Consult. 06 junho 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.seram.pt/wp-site/wp-content/files\\_mf/1398797342AbordagemTerap%C3%AAAuticadaDorNeurop%C3%A1ticoAdultoenoldoso.pdf](http://www.seram.pt/wp-site/wp-content/files_mf/1398797342AbordagemTerap%C3%AAAuticadaDorNeurop%C3%A1ticoAdultoenoldoso.pdf)

9 - DIREÇÃO-GERAL DA SAUDE – Tratamento

farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso [Em linha]. Lisboa: DGS, outubro 2014. [Consult. 06 junho 2016]. Disponível em WWW:<URL: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i020644%20(1).pdf

10 - HAANPAA, Maija; TREED, Rolf-Detlef – Diagnosis and classification of neuropathic pain. Pain Clinical Updates [Em linha]. XVIII: 7 (2010), 1-5. [Accessed 29 Maio 2016]. Available from WWW:<URL: [http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU\\_18-7\\_final\\_1390260761555\\_9.pdf](http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_18-7_final_1390260761555_9.pdf)

11 - JULIÃO, Miguel [et al] – Norma de Orientação Clínica para Tratamento da Dor Neuropática Localizada [Em linha]. Lisboa: CEMBE da FML (2010) [Consult. 29 Maio 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.aped-dor.org/images/documentos/recomendacoes\\_APED/Norma\\_de\\_Orientacao\\_clinica\\_Para\\_Tratamento\\_da\\_Dor\\_Neuropatica\\_Localizada.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/recomendacoes_APED/Norma_de_Orientacao_clinica_Para_Tratamento_da_Dor_Neuropatica_Localizada.pdf)

12 - MUDGE, E.; ORSTED, H. – Wound Infection and pain management made easy. Wounds international [Em linha]. 1:3 (2010),1-6. [Accessed 29 Maio 2016]. Available from WWW:<URL: [http://www.woundsinternational.com/media/issues/290/files/content\\_8902.pdf](http://www.woundsinternational.com/media/issues/290/files/content_8902.pdf)

# Mepilex® Border Post-Op

WITH SAFETAC® TECHNOLOGY



## Mepilex® Border Post-Op é um penso especialmente desenhado para o tratamento de feridas pós-cirúrgicas

O novo Mepilex® Border Post-Op, é um penso inovador, desenhado para responder às necessidades especiais das feridas cirúrgicas e que foi melhorado para responder a todos os desafios do Bloco Operatório. Os pensos com Safetac® permitem uma adesão segura mas com remoção atraumática, contêm fibras superabsorventes para uma excelente gestão de exsudado e a Tecnologia Flex Cut permite uma maior flexibilidade. Estas características permitem acelerar a recuperação e evitar as complicações mais frequentes, como flictenas e infeções da ferida cirúrgica.

Para mais informação visite [www.molnlycke.pt](http://www.molnlycke.pt)



<sup>1</sup>Prémio concedido por ANECORM, Associação Espanhola de Enfermagem Coordenadora de Recursos Materiais, no IX Congresso ANECORM em Outubro de 2015 em Pamplona

# IMPACTO DO BIOFILME NA FERIDA COMPLEXA E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS: QUE INTERVENÇÕES?

**ELSA MENOITA**  
FERIDASAU

20

Os biofilmes não são simples camadas viscosas contendo organismos. Estes representam sistemas biológicos altamente organizados, onde as bactérias estabelecem comunidades funcionais estruturadas e coordenadas. Os biofilmes são comunidades biológicas sésseis de microrganismos fixas de forma irreversível a um substrato. São constituídos por:

- Bactérias (10 a 50%)
- Água (até 97%) – altamente hidratada –
- Matriz extracelular – constituída por exopolissacarídeos (EPS) formando o glicocálix.

Polímero de elevado peso molecular composto por polissacarídeos, proteínas e ácidos nucleicos, AUTO-produzido.

Pode impedir fisicamente a penetração de agentes antimicrobianos no biofilme

A EPS age como barreira defensiva, protegendo as células para que não sejam arrastadas pelo fluxo de substâncias, auxiliando a célula a resistir a condições de *stresse* múltiplo.

EPS é capaz de captar cátions, metais e toxinas, conferindo, também, proteção contra radiações UV, alterações de pH, choques osmóticos, etc.

Figura nº 1 – Propriedades da EPS do biofilme

Os biofilmes são uma entidade dinâmica, com um ciclo de vida próprio.

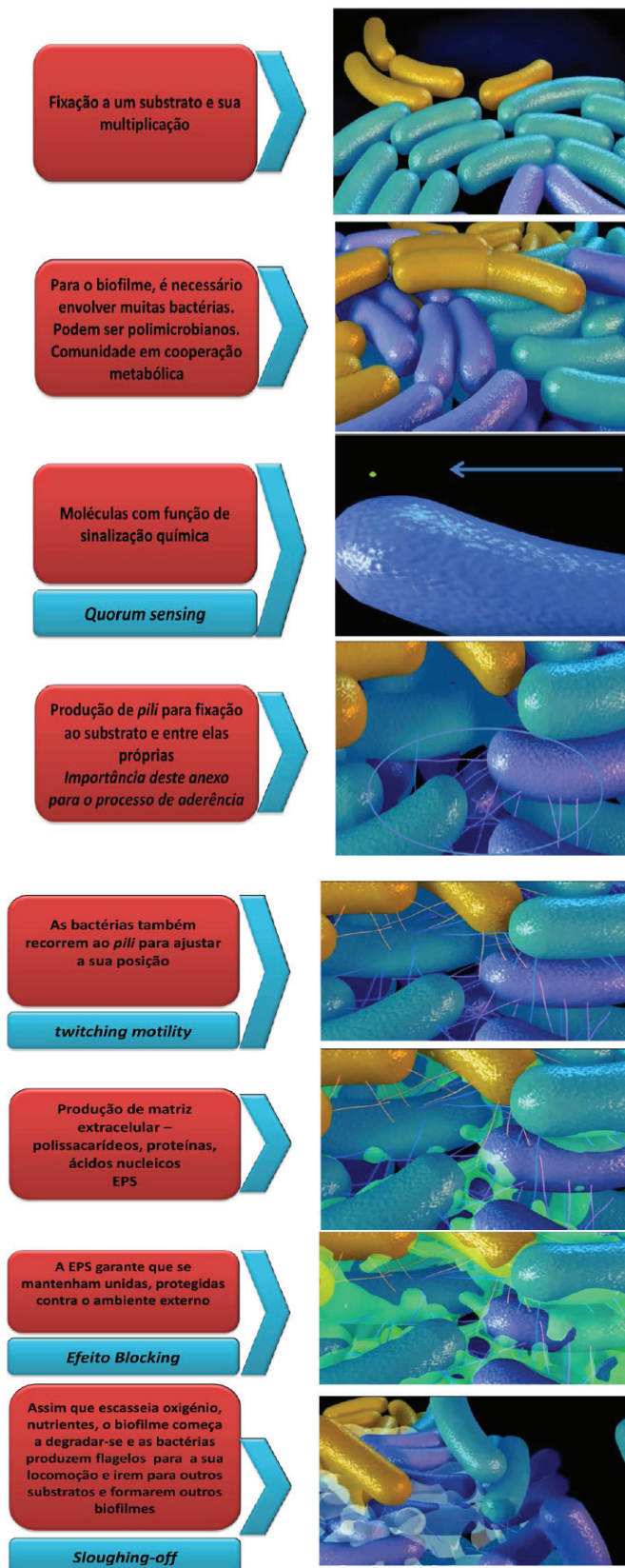


Figura nº 2 – Desde a formação de um biofilme ao sloughing-off

Os biofilmes transferem material genético por conjugação ( porções de ADN – plasmídeos pelos pili). Assim, com esse mecanismo, uma mesma bactéria pode adquirir resistência simultânea contra diversos antibióticos diferentes das bactérias vizinhas – superbactérias.

Os biofilmes podem ser uma das causas da cronicidade das feridas. É provável que quase todas as feridas complexas tenham biofilme, em pelo menos uma parte do leito da ferida.

zes mais resistentes aos antibióticos. Assim, o ideal é coligir um conjunto de estratégias para a sua gestão.

Os surfactantes têm um papel fundamental para diminuir a tensão superficial da EPS, criando stresse na matriz do biofilme. Contudo, não podemos descurar que a massa do biofilme pode reconstituir-se em 24 horas, sendo necessário recorrer-se, também, a opções antimicrobianas, de forma a poderem penetrar na EPS e destruir a bactérias que es-



Figura nº 3 – Multi-estratégias para controlo da infeção por biofilme

O diagnóstico de infeção por biofilme faz-se quando há sinais clínicos de infeção (compartimento profundo ou infeção sistémica) e não há resposta aos antibióticos sistémicos. o método mais fiável para confirmar a presença de biofilme microbiano é a microscopia especializada. O esfregaço por zaragatoa não analisa as comunidades polibacterianas em forma séssil envoltas na EPS.

Os antibióticos per si não são suficientes, pois os biofilmes podem ser 50 a 1500 ve-

tão em estado de dormência. Por outro lado, se se usasse somente pensos antimicrobianos sem o recurso prévio de surfactantes e desbridamento, também não seria eficaz, pois é sabido que estes não têm ação sobre a EPS.

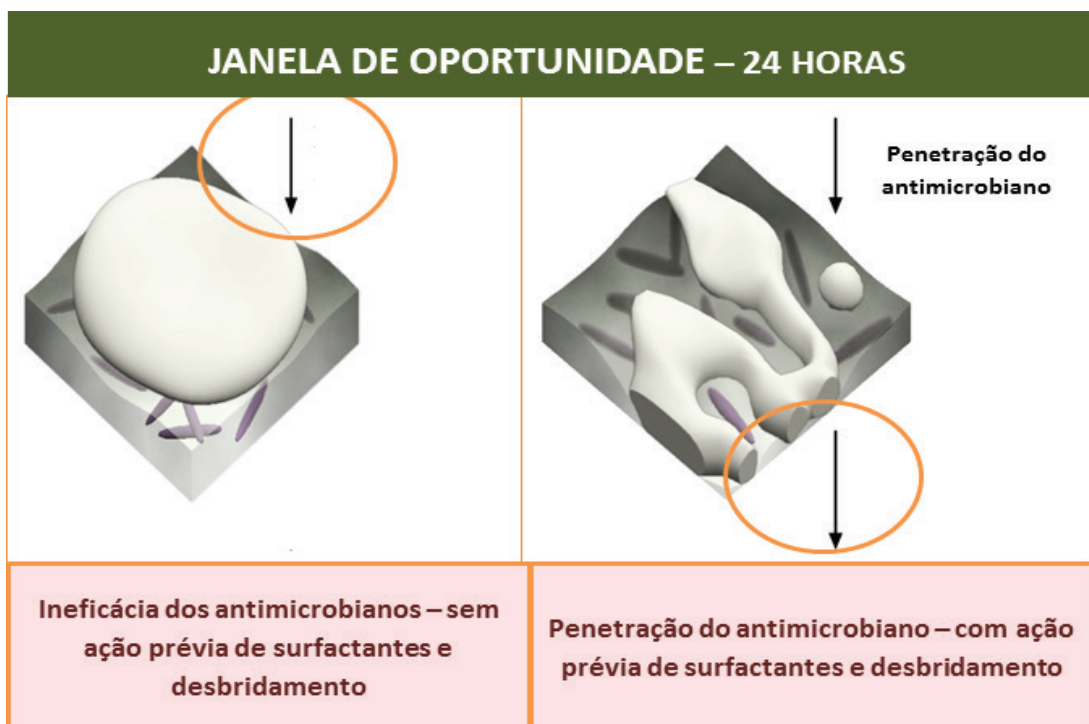


Figura nº 4 – Antimicrobiano antes e depois da ação de surfactantes e desbridamento

Em suma, pelo difícil diagnóstico e erradicação do biofilme em feridas estagnadas, o biofilme é considerado por muitos autores como a entidade mais preocupante no tratamento da ferida complexa. Na gestão do biofilme, devem ser utilizadas concomitantemente multi-estratégias com objetivo de reduzir a carga do biofilme e evitar a sua reconstituição.

## A IMPORTÂNCIA DOS ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS



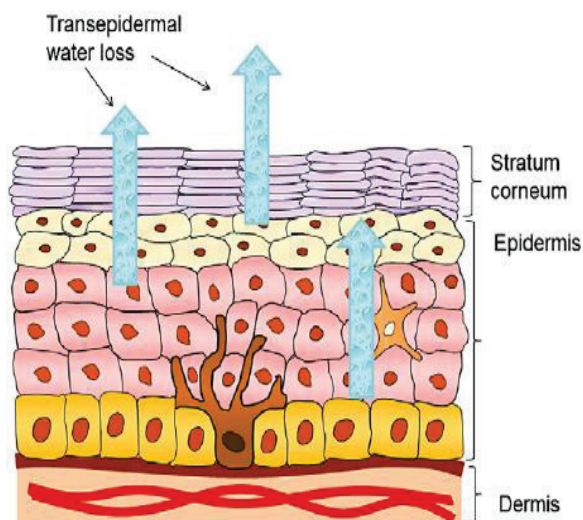
24

**JOSÉ MIGUEL COIDURAS**  
ENFERMEIRO ANDALUCIA

### EFFECTIVIDAD DEL USO DE LOS AGHO

La hidratación es esencial para el mantenimiento de la elasticidad y funcionamiento de la actividad metabólica de la piel. La piel está cubierta por un manto hidrolipídico, que es su Factor Hidratante Natural (FHN) que la protege y hace de barrera.

Las ceramidas son componentes clave del estrato córneo, su integridad ayuda a mantener la piel hidratada gracias a su efecto barrera. Suponen el 40% de los lípidos de dicha capa y actúan como el cemento en un muro de ladrillos, frenan la pérdida de agua y la penetración de sustancias nocivas, confiriendo elasticidad y cohesión a la estructura.





### Ácidos grasos esenciales

Tienen funciones estructurales en nuestro organismo. Constituyen la bicapa lipídica plasmática de las membranas celulares y son soporte de otras estructuras celulares dérmicas. La función barrera del estrato corneo es debida a su permeabilidad, base sobre la cual están diseñados todos los medicamentos y productos de aplicación tópica. Un déficit de ácidos grasos a este nivel, altera la permeabilidad y función barrera. Además, también tienen funciones reguladoras, precursores de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos. Son una reserva energética en nuestro organismo, por su contenido en hidrógenos pueden oxidarse en mayor medida que otros compuestos orgánicos (glúcidos y proteínas).

Entre los ácidos grasos esenciales tenemos dos que actúan en el mantenimiento y regeneración de la piel:

- Ácido linolénico (Omega 3) es la Vitamina F que tiene actividad antiinflamatoria

y su falta produce sequedad de piel.

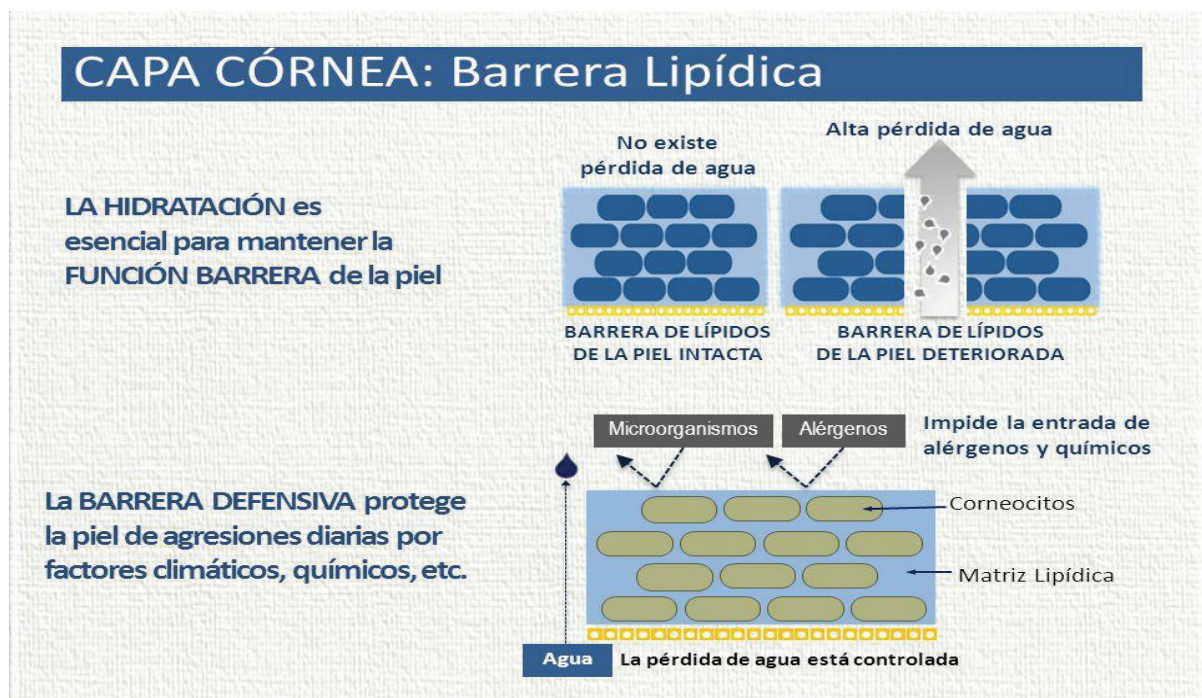
- Por otro lado, el ácido linoléico (Omega 6) proporciona actividad antiinflamatoria y su falta produce eczema .

### Ácidos Grasos Hiperoxigenados

Los ácidos grasos pasan por un proceso industrial, mediante el cual, se incorporan moléculas de oxígeno a sus cadenas y se oxidan, lo que confiere mayor estabilidad y penetración en la piel. Esto proporciona un aumento en la microcirculación sanguínea, la renovación celular epidérmica y la hidratación de la piel.

Además:

- mejora microcirculación y tono capilar,
- estimula las células epidérmicas, mantiene nivel oxigenación tejidos,
- intervienen en la síntesis de prostaglandinas.
- tiene una acción antiinflamatoria



El corpitol es un aceite de origen vegetal a base de ácidos grasos hiperoxigenados. Está compuesto por ácidos grasos esenciales poliinsaturados de origen vegetal y una fracción hiperoxigenada mediante un proceso de termo-oxidación controlado, moderado y lento. Su composición única se llama Corpitolinol 60 y contiene también acetato de tocoferol (vitamina E) y perfume de Anís. La eficacia de este producto está asociada al gran contenido de ácido linoleico presente en su composición (aproximadamente un 60%).

Con esto, se puede conseguir diversos beneficios, entre ellos:

- Restaurar la película hidrolipídica y mejora de la hidratación cutánea.
- Mejorar de la firmeza cutánea.
- Acelerar la renovación celular epidérmica.
- Acción antiinflamatoria.

Los ácidos grasos hiperoxigenados ayudan en la prevención de úlceras por presión, curan y previenen el enrojecimiento cutáneo de apoyo, protegen y fortalecen la piel en zonas de riesgo. Además, son muy fáciles de aplicar para el personal de enfermería y familiares, es indoloro y se ahorra tiempo y dinero (principalmente porque ayuda a prevenir las úlceras por presión).

El corpitol tiene dos versiones: el óleo y la emulsión. Para las dos hay indicaciones distintas ya que la galénica de la emulsión permite ampliar el espectro de indicaciones. El formato óleo es ideal para la prevención de úlceras por presión y tratamiento del eritema (enrojecimiento cutáneo reversible) de la piel, causado por fuerzas de presión, fricción o torsión.

Por su lado, la emulsión está especialmente indicada para el tratamiento y prevención

de pieles secas, deshidratadas, con fragilidad cutánea debido a condiciones de maceración y con baja resistencia cutánea y trastornos tróficos cutáneos (dermatosis, piel perilesional de úlceras vasculares, hiperqueratosis, microfisuras...).

Por fin, sería importante referir la importancia que pueden tener los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de úlceras por presión consiguiendo así una reducción de costes sanitarios y una mejoría evidenciada en la vida de los pacientes. Con la correcta elección se conseguirán los buenos resultados!



Na Invacare encontra soluções fiáveis (Trusted Solutions) para providenciar conforto, mobilidade e maior autonomia a todas as pessoas, que por diversas razões, apresentam dificuldades em realizar e participar nas suas ocupações e atividades da vida diária.

Trabalhamos para levar até si as últimas tecnologias e os produtos mais inovadores. Somos apaixonados por aquilo que fazemos (Passionate People) e procuramos cumprir a missão da nossa empresa—tornar experiências de vida possíveis!



Procura soluções?

Onde comprar?

Os preços?

Apresentação/ demonstração dos produtos Invacare?

Contacte-nos para: [marketing.pt@invacare.com](mailto:marketing.pt@invacare.com)

Visite-nos: [www.invacare.pt](http://www.invacare.pt)

Siga-nos:   

Trusted Solutions,  
Passionate People



## QUAIS OS PARÂMETROS DE DESEMPENHO DAS SUPERFÍCIES DE APOIO REATIVAS E DOS REVESTIMENTOS A AVALIAR?



The Mount Vernon Test

**ELSA MENOITA**  
FERIDASAU

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 determina no Objetivo Estratégico 7, as metas a serem atingidas no final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementarem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão (UPP).

2) As instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado reduzirem em 50%, face a 2014, o número de UPP adquiridas nas instituições.

As UPP podem desenvolver-se em muito poucas horas e demorarem meses a cicatrizar. A prevenção é uma atividade prioritária nos cuidados à pessoa com risco de desenvolver UPP, pelo que as medidas que visam

redistribuir a pressão sobre os tecidos, proporcionar uma maior resistência à pele e melhorar o estado geral dos doentes devem ser implementadas atempadamente.

As superfícies de apoio (SA) são dispositivos especializados para re-distribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas.

As SA podem ser locais ou horizontais. As SA horizontais não têm mostrado alívio de pressão no calcanhar, sendo essencial a elevação do calcanhar (flutuação de calcanhares) ou a utilização de superfícies de apoio locais para calcanhares. Algumas SA locais para calcanhares necessitam de colocação de almofada sob os membros inferiores. Quando a

pessoa está sentada o recurso às SA é fundamental, pois na realidade a estrutura anatômica do ser humano não está preparada para a simples ação de sentar e manter sentado. Quando a pessoa está sentada, com alinhamento corporal, 75% do peso corporal total concentra-se sobre as tuberosidades isquiáticas.

As SA podem ser categorizadas como ativas ou reativas. Estas últimas têm como objetivo a redistribuição da pressão, aumentando a área de contacto, ou seja, de acordo com a fórmula da pressão, estar-se-á a aumentar o denominador de modo a diminuir o dano por pressão.

$$\text{Pressão (N/m}^2\text{)} = \frac{\text{Força perpendicular (N)}}{\text{Área (m}^2\text{)}}$$

As SA reativas podem ser de ar, espuma de poliuretano, espuma de poliuretano viscoelástica, gel sólido, microcânulas de silicone ou uma combinação de vários materiais.

As SA reativas devem ter capacidade de imersão (sem bottoming out, ou seja, sem afundamento) e envolvimento.

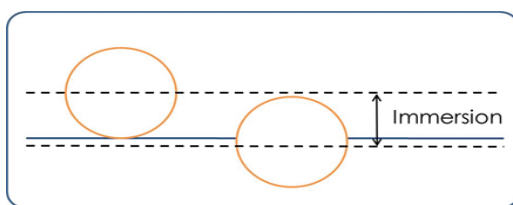


Figura nº 1- SA com e sem imersão

Para testar se a SA apresenta "bottoming out" pode realizar-se "The Mount Vernon Test" - pode ser feita colocando a mão por baixo da superfície, sem levantar os dedos, e se sentir apenas alguns centímetros de espessura, significa que o dispositivo já não possui as mesmas características e não está a exercer a sua função corretamente.

Envolvimento de uma SA é a sua capacidade em se deformar à volta das irregularidades da superfície, sem causar aumento substancial da pressão.

A capacidade de envolvimento e de imersão de uma SA podem ficar afetadas pela tensão provocada pelos revestimentos, acabando pela superfície corporal não estar em contacto com a SA. A este fenómeno designa-se Hammock Effect. É importante que, os revestimentos garantam o controlo do microclima, ou seja, a dissipação de calor e a evaporação da humidade e por outro lado, sejam impermeáveis às bactérias e água. Os revestimentos devem, também, apresentar boa capacidade de resiliência, em que são

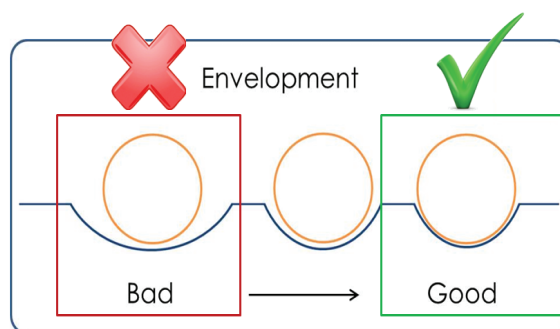


Figura nº 3 – SA com boa/má capacidade de envolvimento

resistentes ao estiramento e reduzem o efeito de fricção. É essencial que não apresentem Strikethrough. Existem alguns fatores de risco para fissuras:

- Produtos abrasivos e esponjas;
- Tempo de vida útil ultrapassado;
- Baixa resiliência.

Antes de se recorrer a uma SA e revestimentos deve verificar-se se esta se encontra dentro do tempo de vida útil, e se cumpre os parâmetros de desempenho apresentados anteriormente.

O INFARMED. I.P. recomenda:

- Verificação individual da superfície exterior de colchões de utilização médico-hospitalar para deteção de danos, como buracos ou rasgões;
- Remoção da cobertura e verificação da sua superfície interna, bem como do colchão propriamente dito, para deteção de manchas ou outros sinais de contaminação;
- Rejeição de quaisquer coberturas que apresentem manchas ou danos físicos;
- Processo de limpeza e descontaminação de colchões contaminados;
- Inspeção frequente dos colchões, antes e após a sua utilização.

O profissional de saúde deve conhecer as SA que tem disponíveis na sua realidade, e quais as boas práticas de utilização, bem como de manutenção e preservação, de forma a obter a efetividade da sua aplicação e garantindo maior tempo de vida útil.

## BIBLIOGRAFIA

1. Benbow, M. (2009) - Principles of pressure ulcer prevention. *Practice Nursing*, 20 504-509.
2. Collins, F. (2002) - Use of pressure reducing seats and cushions in a community setting. *British Journal of Community Nursing*. 7, 15-22.
3. Menoita, C. (2015) – Úlceras por pressão. Menoita, C. - *Gestão de feridas complexas*. Loures: Lusociência.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and

Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia.

# PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DE FLICTENAS PÓS-CIRÚRGICAS

**CARLOS FONTAL**

FLICENCIADO EN CIENCIAS QUÍMICAS. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

## RESUMO

Un apósito postquirúrgico atraumático (Mepilex Border Post-Op) que no precise cambios diarios y permita revisar la herida quirúrgica, garantiza un buen control de la evolución de la herida, minimizando los problemas asociados a la herida quirúrgica tales como flictenas, infección, etc,...; siendo además más económico en el coste total que si se realizan curas convencionales.

## PALAVRAS-CHAVE

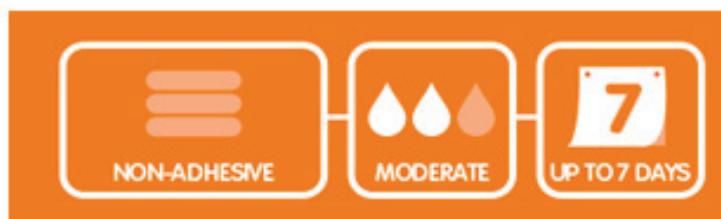
Apósitos; laparotomía; curas de heridas; herida limpia contaminada; costes.

Uno de los problemas actuales no resueltos del postoperatorio en cirugía abdominal es el tipo de apósito necesario para disminuir el riesgo de complicaciones en la herida quirúrgica cerrada por primera intención.

Existe el consenso de que un apósito para heridas quirúrgicas cerradas por primera intención, independientemente del tipo de material empleado en el cierre, debe conseguir establecer una barrera de protección tanto mecánica como antimicrobiana entre la herida y el entorno, para prevenir las complicaciones relacionadas con el proceso biológico de cicatrización de las mismas <sup>(1,2)</sup>.



Proud to Put People First  
**ALLEVYN**<sup>◇</sup>  
Classic



Aunque no exista el apósito perfecto para todos los tipos de heridas, se han descrito diversas propiedades del apósito

ideal como es la habilidad de absorber y contener el exudado sin fugas, que no deje partículas contaminantes en la

herida, favorecer el aislamiento térmico, impermeabilidad al agua y bacterias, idoneidad del mismo para ser utilizado con

diferentes mecanismos de cierre de la piel (suturas, grapas, etc.), que no produzca traumatismo en la piel durante la retirada del mismo ni se produzcan flictenas, baja frecuencia de necesidad de ser cambiado, alivio del dolor, estética, comodidad y que ayude en la cicatrización (3).

Los estudios clínicos aleatorizados encontrados actualmente en la literatura, que comparan los resultados sobre el

uso de distintos tipos de apósitos en heridas quirúrgicas cerradas por primera intención para valorar distintos problemas

no llegan a resultados concluyentes (4), lo cual es debido a varios motivos, entre los que destaca el elevado sesgo

que presentan dada la dificultad de homogeneizar los procedimientos quirúrgicos y/o el tratamiento postoperatorio

de la herida quirúrgica (3).

La implicación de los profesionales en la introducción de nuevos productos sanitarios para mejorar la salud y la calidad

de vida de los pacientes es fundamental, pero es necesaria su valoración no solo desde un punto de vista clínico,

como hasta ahora, sino también económico. Conocer el coste de los productos sanitarios es difícil debido a la gran cantidad de variables que intervienen en cada actuación sanitaria, pero aun así no es imposible.

Por lo tanto, se entiende que calcular los cos-

tes directos de las curas quirúrgicas que se realizan en el postoperatorio de

pacientes con heridas quirúrgicas cerradas por primera intención sí sería posible, ya que cada vez existen más protocolos y/o guías de actuación que pueden facilitarlos.

Debido a todo ello, los autores del presente trabajo se plantearon realizar un estudio en laparotomías cerradas por primera

intención en un Servicio de Cirugía General, para analizar las diferencias tanto desde el punto de vista económico como el grado de satisfacción, con el uso de dos apósitos distintos valorando también el impacto económico global.

## CONCLUSIONES

El coste de la cura quirúrgica postoperatoria con cualquier tipo de apósito depende directamente del número de veces

que se ha de realizar la cura durante el ingreso hospitalario, tanto por el coste del material como por el tiempo de Enfermería.

El uso del apósito Mepilex Border Post-Op® permitiría una disminución del coste en pacientes con laparotomías lim-

pias y/o limpias contaminadas frente al uso de apósitos convencionales, tanto por el material como por el coste de

Enfermería, independientemente del tamaño de la herida.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, un apósito que no precise de cambios diarios pero que

permita revisar la herida quirúrgica, garantiza un buen control de la evolución de la herida, siendo más económico en el

coste global que el control evolutivo de la herida con un apósito convencional, aunque será necesario ampliar la

muestra del estudio. Los apósitos Mepilex



Border Post-Op® aportan una mejor calidad de vida al paciente, ya que permiten

En relación a la calidad de vida cabe destacar a favor, en los pacientes tratados con Mepilex Border Post-Op®, la ventaja de poder realizar su higiene diaria sin problemas (ducha) sin precisar cambiar posteriormente el apósito.

Otros datos obtenidos, relacionados con la calidad de vida del paciente, han permitido comprobar que todos los pacientes del grupo de utilización del apósito Mepilex Border Post-Op®, manifestaron una muy superior comodidad del apósito por su flexibilidad y la drástica reducción de otros problemas locales como el dolor en la retirada o la aparición de alteraciones perilesionales, así como la completa desaparición de flictenas en los pacientes tratados con este producto.

#### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

01. Chircheves E, Roca J, Clotet G, Cantillo J, Dot I, Perez A, Rosell F. Apósitos quirúrgicos. Factores asociados a su uso. Rev ROL Enferm 2011; 34(10):694-9.
02. EWNA DOCUMENT: Home care-Wound care. Overviews, challenges and perspectives. Journal of WoundCare 2014; 23(5).
03. Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Clinical Guideline 74. Issue date: October 2008.
04. Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. Dressings for the prevention of surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD003091. DOI: 10.1002/14651858.CD003091. pub3.
05. Moore K, Gray D. Uso del agente antimicrobiano PHMB para prevenir la infección de heridas. Gerokomos 2008;19(3):145-52.
06. Toon CD, Ramamoorthy R, Davidson BR, Gurusamy KS. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wound. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD010259. DOI: 10.1002/14651858.CD010259.pub2.
07. González-Linares RM, Antolín A, Salgado MV, Barandiarán MJ, Basurco R, Larrañaga N. Efectividad del apósito en heridas quirúrgicas limpias y limpias contaminadas a partir de las 24-48 h de la intervención quirúrgica. Enferm Clin 2015; 25(3).
08. Acton C. The holistic management of chronic wound pain. Wound UK 2007; 3(1):61-9.
09. Platt AJ, Phipps A, Judkins K. A comparative study of silicone net dressing and paraffin gauze dressing in skin-grafted sites. Burns 1996; 22(7):543-5.
10. White R. A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008; 4(1):14-22.
11. Dykes PJ, Heggie R. The link between the peel force of adhesive dressings and subjective discomfort in volunteer subjects. Journal of Wound Care 2003; 12(7):260-2.
12. Garnica A, Gil C, Nieto M, Ruiz A, Muñoz L, Torra JE. Apósito postquirúrgico convencional frente a apósito interactivo transparente de cura en ambiente húmedo: evaluación comparativa piloto en pacientes quirúrgicos oncológicos. Gerokomos 2014; 25(1):34-40.
13. López de los Reyes R, Vives E, Rumbo J, Arantón L, Delgado R, Sanmartín R, et al. Aplicación de la técnica Molndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones

## GRUPO DE FERIDAS NUM HOSPITAL ONCOLÓGICO: QUAL A RELEVÂNCIA?



### **SYLVIE MENDES GOMES**

SERVIÇO DE RADIOTERAPIA/MEDICINA INTERNADO  
IPO DE COIMBRA (IPOCFG – EPE)

#### **PROBLEMA**

No seu percurso de doença, a pessoa portadora de cancro pode desenvolver feridas das mais diversas tipologias: por iatrogenia ao tratamento efectuado, por factores de risco que lhe são inerentes ou até por factores de risco transitórios inculcados pelo tratamento. Ora se, na área das feridas, o Plano Nacional para segurança dos doentes 2015-2020 contempla apenas como objectivo estratégico o de “prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”, qual o benefício de um “grupo de prevenção de úlceras de pressão” evoluir para “grupo de feridas”?

#### **OBJECTIVO GERAL**

Promover o debate sobre a necessidade/benefício de existir um grupo vocacionado para a área das feridas num hospital oncológico

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Refletir sobre as necessidades na área das feridas, num hospital de valência oncológica;
- Refletir sobre o benefício de um “grupo de prevenção de úlceras de pressão” versus “grupo de feridas”;
- Dar a conhecer o percurso transitório de “grupo de prevenção de úlceras de pressão” para “grupo de feridas” do IPOCFG-EPE.

## METODOLOGIA

O Grupo de prevenção de úlceras de pressão do IPOCFG - EPE existia desde 2007. Estando vocacionado para a área das úlceras de pressão, de entre outros trabalhos, efectuava estudos de incidência e prevalência nesse âmbito que permitiam reflectir e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, pelas solicitações dos enfermeiros da Instituição ao grupo percebeu-se existir a necessidade de alargar o âmbito de trabalho para as feridas em geral, facto que se viria posteriormente a comprovar através de um estudo de prevalência de feridas que permitiu fazer um levantamento (identificação e classificação) de todas as feridas existentes nos internamentos da Instituição, com recurso às: Escala de Altmeier; Escala de Haisfield – Wolfe e Baxendale Cox; RTOG/EORTC: Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer, Escala da EPUAP de úlceras de pressão (UP) e linguagem CIPE para feridas traumáticas.

## PRINCIPAIS RESULTADOS

O estudo de prevalência efectuado a 22 de Outubro de 2015 permitiu verificar que dos 164 doentes internados, 54,3% apresentavam pelo menos um tipo de ferida e nestes identificaram-se 173 feridas, o que dá uma média de 1,9 feridas por doente com ferida. As tipologias identificadas foram: a ferida cirúrgica limpa (38,2%), as úlceras de pressão (9,8%); as feridas cirúrgicas contaminadas (8,7%); as incisões (6,4%), as limpas contaminadas (5,2%); seguindo-se as radiodermites (4,1%) e as feridas malignas (0,6%).

## CONCLUSÕES

Perante tais dados e apesar das solicitações governamentais serem só no âmbito das úlceras por pressão, entendeu-se que seria benéfico para o doente oncológico o grupo evoluir para "Grupo de feridas", tendo como áreas de atuação não só as úlceras de pressão mas também as feridas cirúrgicas, radiodermites; feridas malignas; entre outras (lesões por humidade, pé diabético, úlcera varicosa, etc.).

## LISTA BIBLIOGRÁFICA

CAMARÃO, Renato Rodrigues – Cuidados com feridas e curativos: Manual de Cuidados Paliativos da ANCP. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1

FAVAS, Pedro Miguel Martins Simões - PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS FERIDAS NA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE LEIRIA Dissertação, Universidade Católica Portuguesa. Grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidular. Lisboa, 2012.

MENOITA, Elsa Carvela – Gestão de feridas complexas. 1ª ed. Loures: Lusodidacta, 2015. ISBN 978-989-8075-48-2



☎ 219 569 745    📠 219 594 073    @ compras@queenlabs.pt    🌐 www.queenlabs.pt | www.queenlabs.com

**Queenlabs**  
Especialidades Farmacêuticas, Lda

Rua José Nogueira Vaz, nº 12A, 2625-099 Póvoa de Santa Iria  
Contribuinte nº 503 984 485 - C. R. C. Vila Franca de Xira - Mtr 3880 - Capital Social 317.000,00 €

# UMA ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA CONTROLADA (TPNC) EM FERIDAS COMPLEXAS (FC), NO DOMICILIO E NO HOSPITAL

**LOURENÇO, M.; COSTA, J.; LOURENÇO, S.**

IPOCFG, EPE/ CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E UROLOGIA

## PROBLEMA

Embora as discências de suturas não sejam frequentes, ainda continuam a representar uma grave complicação pós-operatória pelo risco de infeção. Estas quando são profundas e complexas são difíceis de cicatrizar. A TPNC, é um processo não invasivo que promove a drenagem do excesso de fluídos do leito da ferida e do espaço intersticial reduzindo a população bacteriana e o edema, aumentando o fluxo sanguíneo local e a formação do tecido de granulação contribuindo para reduzir o tempo de cicatrização destas.

Objectivo geral: analisar se a realização de TPNC em domicílio nas FC, representa uma solução eficaz na minimização de custos.

Objectivos específicos: comparar os custos da utilização da TPNC em Domicilio e em internamento com os resultados obtidos.

## METODOLOGIA

Nesta fase exploratória do projeto usamos a metodologia da minimização de custos, assumimos que em comparação, o efeito de granulação pretendido com a TPNC em domicílio ou em internamento é semelhante. Este estudo comparativo entre a utilização da TPNC em domicílio e em internamento iniciada em 2010 no serviço de Cirurgia de Cabeça e pescoço e urologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, tem uma amostra de 50 casos até ao momento.

Principais resultados:

Os resultados demonstram que a opção domicílio apresenta uma redução de custos de cerca de 630 € /dia, em relação á opção de internamento. Os resultados encontrados sugerem a realização de outros estudos



observacionais descritivos, são necessários para a medição do impacto da TPNC em FC e na diminuição do nº de cirurgias efetuadas. A validação destes dados poderá levar à melhoria da qualidade de vida dos doentes com FC e contribuir para a Redução de risco de infeções associadas aos cuidados de Saúde; redução da prevalência de FC e redução do nº de dias de internamento.

## CONCLUSÕES

Concluimos que a TPNC em domicílio parece representar uma opção eficaz de minimização de custos, mas como o tamanho da amostra é reduzido, não podemos generalizar os resultados obtidos.

## LISTA BIBLIOGRÁFICA

BARANOSKI, S., & AYELLO, E. A. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures: Lusodidacta.

BLUME P., et al. - Comparison of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: a multicenter randomized controlled trial. PubMed Central (PMC) US National Library of Medicine National Institutes of Health 31(4):631-6, 2008.

COLLIÈRE, F. – Cuidar... a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRACCALVIERI, M. (2011) - Negative pressure wound therapy using gauze and foam: histological, immunohistochemical and ultrasonography morphological analysis of the granulation tissue and scar tissue. Preliminary report of a clinical study. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742481X.2011.00798.x/abstract>.

FURTADO, K.A. Úlceras de perna - Tratamento baseado na evidência. Revista Nursing Portuguesa. Julho, 2003.

PHILBECK, T. ET AL (1999) - O custo clínico da efectividade da aplicação externa da terapia de pressão negativa no tratamento de feridas em pacientes que se tratem em casa <http://www.kci.com/>.

# O ENFERMEIRO E A PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO - UM CAMINHO A PERCORRER NO SERVIÇO DE MEDICINA 1...

**INÊS SILVA**ENF<sup>a</sup> SERVIÇO MEDICINA 1 – HESE-EPE**LISETE MENDES**ENF<sup>a</sup> CHEFE SERVIÇO MEDICINA 1 – HESE-EPE**MARGARIDA PARRACHO**ENF<sup>a</sup> SERVIÇO MEDICINA 1 – HESE-EPE**MARIA AIRES REBOCHO**ENF<sup>a</sup> SERVIÇO MEDICINA 1 – HESE-EPE**MARIA CRISTINA CAROCHINHO**ENF<sup>a</sup> SERVIÇO MEDICINA 1**PROBLEMA**

As úlceras por pressão (UP) são atualmente um flagelo para os serviços de internamento, constituindo-se como um dos indicadores de melhoria da qualidade dos cuidados mais importantes e representativos no acréscimo de custos ao sistema de Saúde e de cuidados por parte dos profissionais de saúde. A intervenção do enfermeiro na implementação de medidas de prevenção revela-se de extrema importância para a diminuição da taxa de incidência relacionada com as UP1,2,3. Da análise dos dados referentes a 2014/2015 e relativos ao serviço de Medicina 1, HESE-EPE, pretendemos desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com o objetivo de diminuir a taxa de incidência das UP no ano de 2016.

Objectivo geral: Diminuir a incidência das UP do Serviço de Medicina 1.

Objectivos específicos:

- Envolver a equipa multidisciplinar na avaliação e prevenção das UP;
- Monitorizar as UP desenvolvidas no serviço de Medicina 1;
- Adequar estratégias de prevenção nas UP.

**METODOLOGIA**

Pretende-se realizar um estudo experimental, prospectivo e descritivo relacional aos clientes internados no Serviço de Medicina 1 do HESE-EPE, seleccionados de acordo com o Score obtido na Escala de Braden, que apresentem risco elevado de desenvolvimento UP ( Score < 16).

Para a respectiva análise serão aplicados três documentos nomeadamente: Taxa de prevalência, taxa de incidência e implementação

de estratégias e resultados.

Neste contexto, a análise da informação será efectuada através da comparação com outros estudos científicos seleccionados, nas bases de dados EBSCO, ELSEVIER, SCIELO, através das Palavras Chave: Pressure Ulcers; Prevention; Hospital e Nutritional Risk Assessment.

### PRINCIPAIS RESULTADOS:

Pretende-se que os indicadores de processo, epidemiológicos e de resultado traduzam informação pertinente para a mudança de estratégias, melhoria dos cuidados e diminuição da taxa de incidência das UP.

Conclusões:

O desenvolvimento deste projeto de melhoria contínua poderá traduzir ganhos em saúde, diminuição de custos efectivos e simultaneamente melhoria da qualidade de vida do cliente internado no Serviço de Medicina 1.

### LISTA BIBLIOGRÁFICA

Waugh, Shirley M. – Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. Vol. 23, nº5 (2014), p.350-357 [consulta 18 Março 2016]

Disponível na base de dados Cinahl Complete. ISSN: 1092-0811

Beeckman, Dimitri; Defloor, Tom; Schoonhoven, Lisette; Vanderwee, Katrien – Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention. Vol.8, nº3 (2011), p.166/176 [consulta 18 Março 2016]

Disponível na base de dados Cinahl Complete. ISSN: 1545-102x

El Enein, Nagwa Younes Abore; Zaghlorel, Ashnof Ahmad – Nurse's Knowledge of Pre-

vention and Management of Pressure Ulcer at a Health Insurance Hospital in Alexandria. Vol. 17, nº3 (2011), nº 262-268 [consulta 18 Março 2016]

Disponível na base de dados Cinahl Complete. ISSN: 1322-7114



# Tratamento de Feridas




## Multidex

Penso de maltodextrina para feridas



## Vacutex

Penso primário de ação capilar

Resultados   
**POSITIVOS!**  
POSITIVOS!

**JMV**  
produtos hospitalares



Centro Empresarial Sintra - Estoril VI, Edifício T1  
Estrada de Albarraque - Linho  
2710-297 Sintra  
Tel: +351 21 924 82 90 Fax: +351 21 924 49 99  
info@jmv.com.pt

Visite-nos no nosso site [www.jmv.com.pt](http://www.jmv.com.pt)  
Certificado INFARMED nº002/DM/2012

## DOR E TRABALHO NAS ENFERMEIRAS



**CRISTIANA FILIPA FERNANDES FREITAS**  
LICENCIADA EM ENFERMAGEM; ENFERMEIRA EM THE  
DUDLEY GROUP NHS FOUNDATION TRUST  
**EMÍLIA SORAIA FERNANDES FREITAS**  
LICENCIADA EM ENFERMAGEM  
**MARGARIDA DA COSTA PEIXOTO**  
LICENCIADA EM ENFERMAGEM  
**SARA RAFAELA MAGALHÃES TEIXEIRA**  
LICENCIADA EM ENFERMAGEM

### Resumo

Após revisão da literatura, verificamos necessidade de evidência referente à dor em Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A amostra constituída por 7 Enfermeiras dos CSP da região Norte.

Foi aplicado, sob forma de entrevista semi-dirigida, o inquérito INSAT 2010 e realizada a análise de conteúdo.

Os dados evidenciaram que as Enfermeiras apresentam qualidade de vida e saúde afetadas, devido a constrangimentos físicos, organizacionais e relacionais no ambiente de trabalho que podem, eventualmente, causar stress, fadiga, sofrimento e dor.

**Palavras-Chave:** Dor, Enfermagem, Trabalho

**VANESSA PINHEIRO BORLIDO**  
LICENCIADA EM ENFERMAGEM; ENFERMEIRA EM THE  
DUDLEY GROUP NHS FOUNDATION TRUST  
**CLARA DE ASSIS COELHO DE ARAÚJO**  
PROF. COORDENADORA DA ESS-IPVC; DOUTORADA  
EM PSICOLOGIA DO TRABALHO  
**LUÍS CARLOS CARVALHO GRAÇA**  
PROF. ADJUNTO DA ESS|IPVC, DOUTORADO EM  
ENFERMAGEM

### *Work and Pain in Nurses*

#### Summary

After review of the literature, we found deficit of studies into the pain in Nurses working in Primary Health Care (PHC). The sample was 7 Nurses PHC of the North.

Was applied on the form of semi-structured interview, the INSAT 2010 inquest and conducted its analysis of content.

The results show that nurses have affected quality of life and health, due to physical, organizational and relational constraints in the workplace that can eventually cause stress, fatigue, pain and suffering.

**Key words:** Pain, Nursing, Work

## INTRODUÇÃO

A revisão da ciência e da arte é a rampa de lançamento para a realização de uma boa prática de investigação. Assim, neste âmbito, a revisão da literatura científica, permitiu verificar a vasta existência de estudos em contexto hospitalar e um número muito reduzido em meio comunitário.

Marziale e Rodrigues (2002) cit in Duarte (2010) referem que os trabalhadores de enfermagem, durante a assistência ao paciente, estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos, incluindo os psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Esta exposição ocupacional, de acordo com Murofuse e Marziale (2010), a diversos riscos e às particularidades do processo de trabalho de enfermagem, agravadas muitas vezes, pela precariedade das condições de trabalho, piora a saúde dos trabalhadores de enfermagem, dentre os quais têm merecido destaque os problemas músculo-esqueléticos, principalmente as lombalgias.

Para Costa e Martins (2011), o ambiente hospitalar apresenta inúmeros fatores que geram insalubridade e sofrimento aos profissionais que nele atuam, sendo a profissão de enfermagem apontada, por diversos estudos, como a que, dentro deste ambiente, apresenta alto nível de stresse ocupacional. Segundo Meneghini et al (2011), a equipa de enfermagem, revela-se suscetível ao stresse, o que é causado pelas próprias características do trabalho bem como pelo contacto com os utentes, onde lidam frequentemente com o sofrimento destes. Por outro lado, também lhes é exigido dedicação no desempenho das suas funções, o que aumenta a possibilidade de ocorrência de desgastes emocionais em

altos níveis de stresse, tornando-os vulneráveis à cronificação do stresse ocupacional, que se denomina de Síndrome de Burnout.

Por sua vez Gillespie (2003) e Guedes (2000) cit in Silva (2009) mencionam que os profissionais da enfermagem manifestam problemas de ordem psíquica, músculo-esquelética (principalmente coluna) e alterações do sono e vigília, num alto grau de exaustão emocional e a presença de stresse e burnout (stresse crónico) na vida profissional e pessoal.

Do exposto e como apontamos anteriormente, os estudos relacionados com esta problemática inserem-se maioritariamente em contexto hospitalar, pelo que a finalidade do presente estudo é dar um contributo científico ao estudo das condições de trabalho no aparecimento da dor nas enfermeiras de CSP, de modo a que sejam proporcionadas as melhores condições, procurando evitar o aparecimento da mesma. Para tal, pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos: analisar o impacto que o ambiente e os constrangimentos físicos do trabalho; os constrangimentos organizacionais e relacionais do trabalho; as características do trabalho têm no aparecimento de dor nas enfermeiras de CSP da região Norte e analisar a relação entre saúde e trabalho das mesmas.

## METODOLOGIA

O instrumento de colheita de dados foi o questionário INSAT 2010 (Inquérito de Saúde e Trabalho) composto por sete eixos: I – O trabalho; II – Condições e características do trabalho; III – Condições de vida fora do trabalho; IV – Formação e Trabalho; V – Saúde e Trabalho; VI – A minha Saúde e o meu Trabalho; VII – A minha Saúde e o meu Bem-estar (Barros-Duarte & Cunha, 2010).

Este é um inquérito do tipo epidemiológico,

que pretende caracterizar, através de uma amostra sectorial, os principais riscos profissionais de alguns sectores de atividade e compreender a impacto que os constrangimentos de trabalho têm na saúde do trabalhador. (Barros-Duarte & Cunha, 2010).

O inquérito inicia-se com algumas questões que permitem a recolha de informações, de carácter sociodemográfico, sobre o trabalhador e sobre o estabelecimento de emprego. Foi aplicado aos participantes, através de uma entrevista semi-dirigida, funcionando assim como um guia orientador para a mesma. Os dados obtidos foram sujeitos a análise de conteúdo.

A população em estudo era constituída por 19 enfermeiras, que exerciam funções nos Cuidados de Saúde Primários. A técnica amostral utilizada foi a amostragem não probabilística, sendo que foi usada a amostragem accidental. Após a aplicação dos critérios de exclusão “ter entre 30-55 anos de idade” e “Trabalhar na área da saúde há mais de 10 anos” e de as participantes terem aceitado livremente participar no estudo, a amostra final foi de 7 indivíduos. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todas as enfermeiras que participaram no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão dos resultados agrupamos o grau incómodo em três categorias, descartando aquela a qual as participantes responderam que lhes causa “nenhum incómodo”. Assim sendo “Muito e Bastante Incómodo” refere-se à categoria “incómodo em grau elevado”, “Incómodo” refere-se à categoria “incómodo em grau moderado” e o pouco incómodo à categoria “incómodo em grau reduzido”. Perante as categorias apresentadas, o grupo assumi-

mos que o grau de incómodo seria um fator indutor de dor no trabalho das enfermeiras inquiridas.

Tendo em conta os objetivos deste estudo apresentamos os resultados mais relevantes. Relativamente ao objetivo relacionado com o Ambiente e Constrangimentos Físicos, todas as entrevistadas manifestaram incómodo moderado ou elevado, de Calor/Frio ou Variações de Temperatura associando este fator à realização de visitas domiciliárias, onde a temperatura é inconstante. Referiram também a falta de aparelhos de climatização nas suas unidades, sendo que estes resultados estão em consunância com o que refere Guélaud et al (1975), que quando existe uma temperatura elevada, esta irá levar à deterioração das atividades sensoriais e mentais e quando expostos a temperaturas baixas pode causar uma diminuição de atenção e concentração no trabalho. Pode concluir-se também que o desconforto térmico pode impedir o desempenho e o comportamento de segurança das enfermeiras, aumentando assim a probabilidade de acidentes de trabalho (EU/OSHA, 2006).

No que concerne ao parametro relativo a Gestos Repetitivos, precisos e minuciosos, as participantes definiram estes gestos no trabalho ao computador por executarem repetidamente os mesmos procedimentos, como tratamentos de feridas, administração de injectáveis e avaliação de alguns parâmetros vitais, sendo que isto lhes causava incómodo moderado a elevado. Uma das entrevistadas associou ainda este constrangimento ao aparecimento de tendinites nos membros superiores. Os resultados encontrados vão ao encontro dos obtidos no estudo realizado por Moreira e Mendes (2005), que nos diz que os enfermeiros têm atividades como o

uso do computador, preparação de medicação endovenosa e o ato de escrever, implicando estes a realização de movimentos repetitivos, que sobrecarregavam segmentos musculares. Pudemos assim perceber através de estudos já realizados, que estes fatores podem ser indutores de dor nas enfermeiras nomeadamente na região lombar, nos membros superiores, no pescoço, entre outros Machado (2013).

Sobre o parâmetro Posturas Penosas e Esforços Físicos Intensos, as participantes associaram ao facto de terem de efetuar mobilizações e posicionamentos de utentes, transportar material para a prática clínica, referindo incómodo moderado a elevado. Este resultado vai de encontro aos dados indicados por Ribeiro et al (2012), em que se observa que posturas inadequadas adotadas durante a prestação de cuidados, assim como alguns aspetos da organização do trabalho, tais como uma exigência de esforços físicos intensos, são elementos que contribuem para o aparecimento de lesões músculo-esqueléticas.

Quanto ao parâmetro permanecer muito tempo sentado, presente ainda nos constrangimentos físicos, este foi referido pelas participantes como causador de incómodo reduzido a moderado, uma vez que estas têm de permanecer sentadas, pelo fato de trabalharem muito tempo ao computador e de terem de efectuar registos de enfermagem acerca da evolução dos utentes frequentemente. Tendo em conta um estudo elaborado por Renner (2005), permanecer muito tempo sentado pode prejudicar a coluna cervical, dorsal e lombar, causando ou agravando as queixas álgicas sentidas pelo trabalhador. A mesma autora refere que a maioria das tarefas que exigem motricidade fina, concentração e acuidade visual apurada, são realizadas na postura sentada, indo de encontro ao referido pelas entrevistadas. Relacionado com os Constrangimentos Organizacionais e Relacionais, iremos discutir os seguintes resultados:

Acompanhar o ritmo imposto e depender de normas de produção e prazos rígidos é referido pelas enfermeiras os indicadores con-

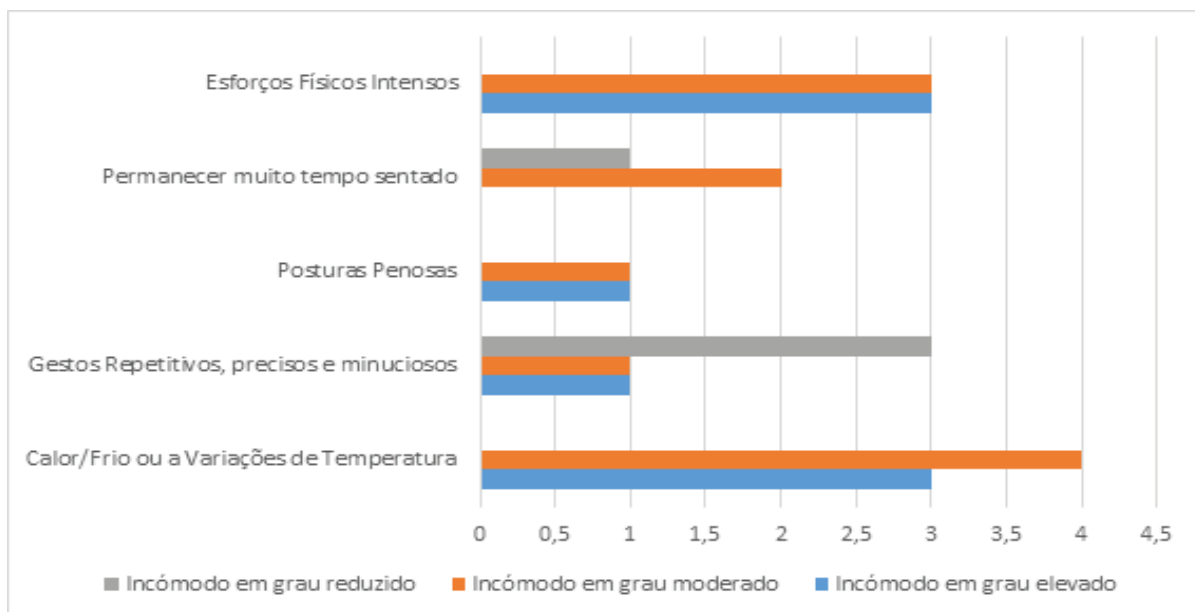


GRÁFICO 1 – INCÓMODO GERADO PELAS CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE FÍSICO E CONSTRANGIMENTOS FÍSICOS, NO TRABALHO ATUAL

tratualizados, planos de trabalho executados e actividades com datas prevista de realização, lhes causa incómodo reduzido a elevado. Este resultado vai de encontro ao estudo efetuado por Moreira e Mendes (2005) que refere que o ritmo é um dos principais aspectos relacionados com a carga de trabalho e representa o nível de atividade física e psíquica exigido das pessoas na execução do seu trabalho, sendo que 65,12% dos profissionais de enfermagem entrevistados assumiram trabalhar num ritmo acelerado, pois estavam sujeitos a sobrecarga de trabalho.

Relativamente ao item ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo e Ter de me apressar as enfermeiras mencionaram o facto de existir um excesso de volume de trabalho, com momentos de hiper-solitação por parte dos colegas e utentes, causando-lhes incómodo reduzido a elevado. Tal como no estudo realizado por Stacciarini e Tróccoli (2001), onde foi mencionado pelos enfermeiros que a sobrecarga de trabalho existente, e o pouco tempo disponível, levava a que estes tivessem de realizar várias tarefas ao mesmo tempo. Também o estudo de Moreira e Mendes (2005) refere que a grande maioria dos profissionais de enfermagem entrevistados mencionou que trabalhar, na maior parte do tempo, em ritmo acelerado, ou seja, apressado. Magnago, et al cit in Machado (2013) refere ainda que a pressão do tempo, irá levar a um aumento da aceleração de movimentos e de uma postura inadequada, levando também a sentimentos de stresse que podem resultar num aumento da contração muscular.

Outro resultado do contacto direto com o público e Suportar as queixas/exigências dos mesmos, as entrevistadas referiram que uma vez que a sua actividade profissional é

direccionada aos utentes, por vezes existe a necessidade de efectuar uma avaliação de outros aspetos fora do contexto inicial da consulta. Mencionaram ainda que a solicitação fora do horário de trabalho, bem como o facto de os utentes manifestarem o seu descontentamento e insatisfação ao enfermeiro, lhes causa incómodo moderado (5) e elevado (2). Tal como podemos observar no estudo realizado por Stacciarini e Tróccoli (2001), o atendimento ao doente foi referido como uma categoria das fontes stressantes do trabalho do enfermeiro, bem como a família do mesmo, indo de encontro aos resultados do presente estudo. Pode-se verificar que este constrangimento corrobora os dados teóricos de Leiter e Meechan (cit por Martins, 2010), que referem que têm sido feitas diversas investigações com o objetivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam serviços e ajuda a outras pessoas começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante essas pessoas. Neste sentido, estando sujeitas ao stresse, é possível que as enfermeiras venham a sofrer de dor, essencialmente de índole psicológica, o que se torna preocupante nos dias atuais.

Relativamente ao tópico risco de agressão verbal, física e intimidação, com o público e colegas/chefias, as enfermeiras referiram os conflitos gerados com utentes e colegas de trabalho, que por sua vez, geram momentos de tensão e risco de agressão, causando-lhes incómodo moderado e elevado.

Peiró et al., (1992) cit in Tramm (2012), refere que os conflitos interpessoais presentes no trabalho do enfermeiro são também fatores potencialmente geradores de stresse. Quando as relações entre colegas de trabalho se

tornam ambíguas, pouco cooperativas, com a presença de rivalidades, de competição e de falta de apoio, podem originar elevados níveis de stresse, sendo altamente prejudicial para a saúde do enfermeiro.

Analisando o parâmetro ter que dar resposta às dificuldades e sofrimento de outras pessoas, foi mencionado pelas enfermeiras que por vezes os utentes apresentam problemas pessoais e de saúde, manifestando o seu sofrimento, procurando ajuda com as mesmas, sendo este um fator de incómodo reduzido a elevado. Pode verificar-se que esta característica está de acordo com os dados teóricos que assumem que a enfermagem é uma profissão onde se vivencia sentimentos de sofrimento, uma vez que lida com o mesmo e com a dor dos utentes, e a convivência diária com a morte, o que leva estes profissionais a um crescente stresse emocional, pois contraria os seus objetivos/intenções (Martins, 2010).

Quanto ao objectivo relacionado com as Características do Trabalho, os resultados mais

relevantes foram os seguintes.

Sobre o parâmetro É um trabalho onde falta equipamentos-instrumentos/instalações adequados, as entrevistadas referem-se essencialmente à existência de material antigo, ou falta de material que não lhes possibilita uma adequada prestação de cuidados, sendo exemplo os computadores, cadeiras, mesas, marquesas. As inquiridas referem-se às instalações antigas, deficiente climatização e escassas zonas de acesso a corrente eléctrica. É uma característica que lhes causa incómodo pois não lhes permite efetuar o seu trabalho da melhor forma possível, quer pela dificuldade na concentração no caso de uma deficiente climatização, bem como pela impossibilidade na utilização de algum material que necessite de corrente eléctrica como por exemplo computadores, ou projetor. Estes dados podem ser comprovados com o estudo de Moreira e Mendes, (2005) que relata que a utilização de materiais antigos ou sem manutenção exigem dos profissionais de enfermagem um maior esforço físico e adoção e manutenção de posturas inadequadas.

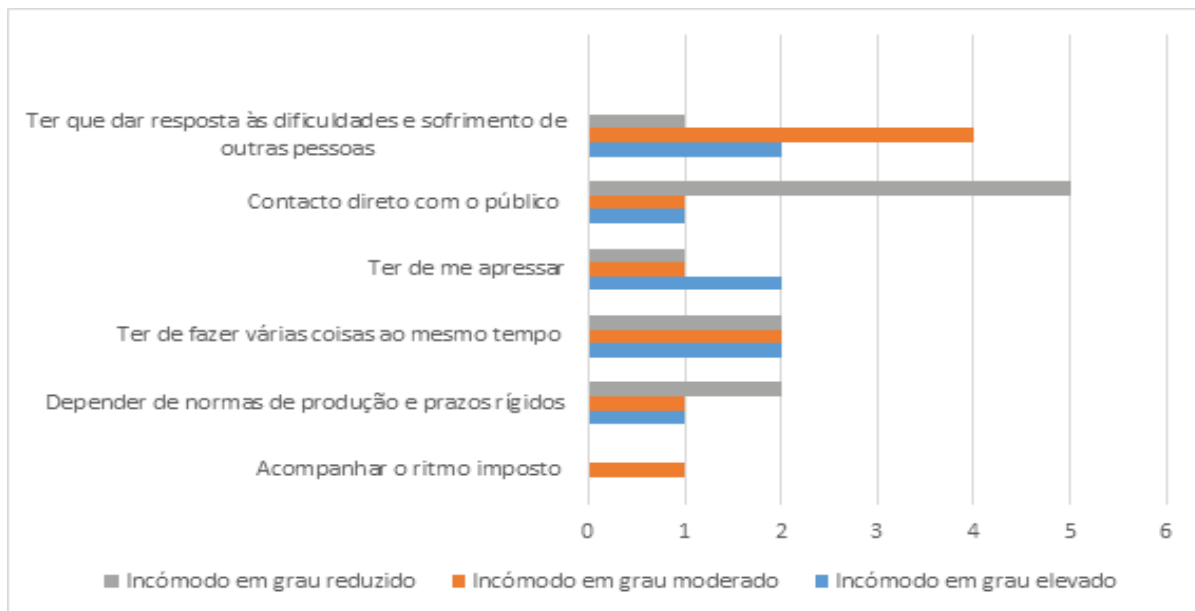


Gráfico 2 – Incómodo gerado pelos constrangimentos organizacionais e relacionais

Num estudo realizado por Stacciarini e Trócoli (2001), foi referido pelos enfermeiros que a falta de condições, recursos humanos e materiais, eram vistas como impeditivas do desenvolvimento do trabalho.

O quarto objetivo proposto para este estudo relaciona-se com o item A minha Saúde e o meu trabalho, pois como se tem vindo a referir ao longo desta discussão os constrangimentos, características e situações de trabalho a que estão sujeitas as enfermeiras podem estar relacionadas ou mesmo agravar a saúde das mesmas.

Os problemas de saúde que as Enfermeiras mais referiram ser relacionados com o trabalho foram o adormecimento frequente dos membros; Dor de Costas; Dores de Cabeça; Dores musculares crónicas; Problemas músculo-esqueléticos e varizes nos membros inferiores.

Segundo Magnano et al, 2009 o sofrimento psicológico no trabalho representa um fator

de risco significativo para a dor no pescoço, ombros e coluna lombar em enfermeiros de Illinois. Noutros estudos consultados foi observado que a combinação de alta exigência no trabalho com esforço físico elevado, aumentava o risco de ocorrência de dor músculo-esquelética. Portanto, o ambiente psicossocial do trabalho, envolvendo alta exigência psicológica e baixo controle, pode impor desgaste danoso com consequências negativas para a saúde osteo-muscular do trabalhador de enfermagem.

## CONCLUSÃO

As características e as condições de trabalho atual das entrevistadas, podem desencadear dor. Estas estão relacionadas com fatores de etiologias distintas, nomeadamente o ambiente e constrangimentos físicos, constrangimentos organizacionais e relacionais, diferentes características do trabalho e os fatores individuais (problemas de saúde).

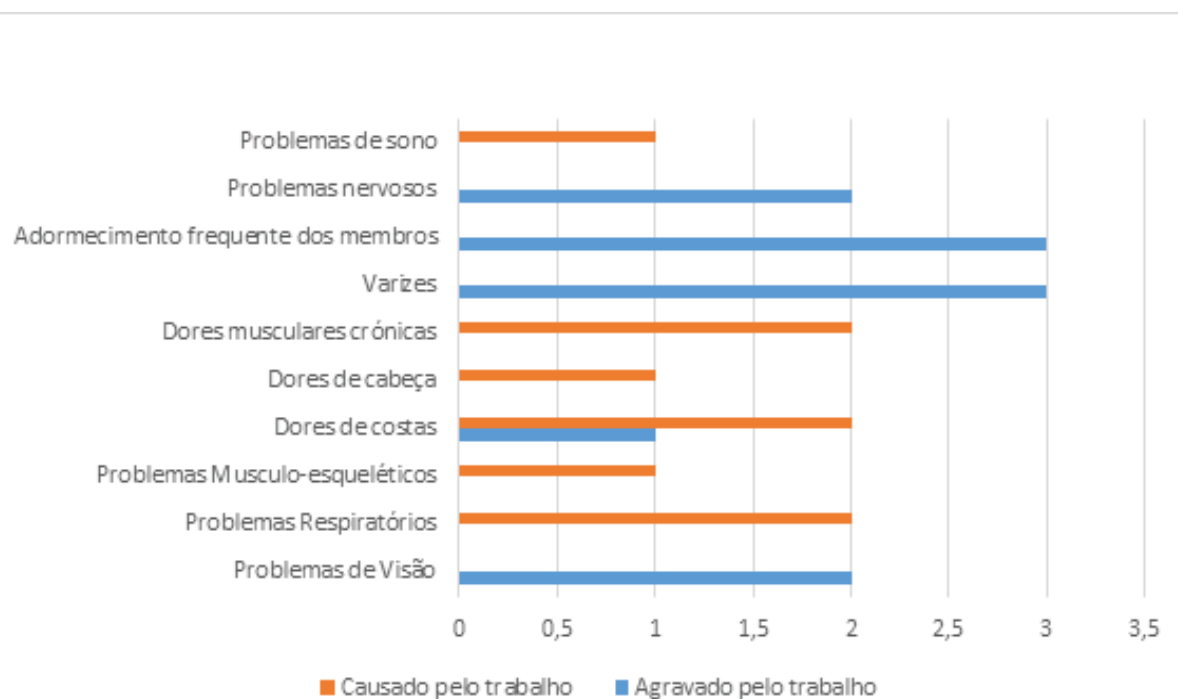


Gráfico 3 - Relação dos problemas de saúde das enfermeiras com a atividade profissional



Das categorias acima referidas, destacam-se os seguintes resultados: constrangimentos físicos - calor/frio e esforços físicos intensos; constrangimentos de ordem organizacional e relacional - os que implicam fazer várias coisas ao mesmo tempo, saltar ou encurtar refeições, ultrapassar o horário normal de trabalho; frequente necessidade de ajuda dos colegas, contacto direto com o público, suportar exigências e queixas do público, confronto com situações de tensão nas relações com o público e ter de encarar as dificuldades e sofrimento das outras pessoas; características do trabalho - estar sempre na presença de outros, ser obrigado a aprender coisas novas, lidar com momentos de hiper-solicitação e existência de instalações inadequadas.

Ao longo da análise e discussão dos resultados obtidos, foi também possível perceber que o aparecimento do stresse ocupacional está ligado a determinados aspetos, sendo estes as situações de interrupções do trabalho, situações de trabalho noturno e de sobrecarga no trabalho (por exemplo quando há a necessidade de apressarem-se na realização das suas tarefas) e quando estão perante um horário de trabalho rígido. A pressão imposta pelas chefias, as relações interpessoais, o atendimento ao público, o facto de ter de dar resposta a dificuldades e sofrimento dos utentes, o risco de agressão por parte dos colegas e dos utentes, pode também causar altos níveis de stresse.

Como foi possível observar, o stresse também pode levar ao aparecimento de lesões músculo-esqueléticas. As lesões músculo-esqueléticas, relacionadas com o trabalho, podem ser identificadas através de um conjunto de sinais e sintomas como: dor, parestesia, limitação do movimento e incapacidade

para o trabalho, que, sob condições de trabalho inadequadas, podem ter início insidioso e evolução rápida (Magnano et al, 2009).

Foi possível perceber também, que existem algumas características do trabalho que podem provocar lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente situações onde é necessário executar gestos repetitivos e posturas penosas, situações de permanecer muito tempo na postura ortostática, falta de equipamentos, instalações inadequadas e a fadiga. Permanecer muito tempo sentado, trabalhar por turnos (incluindo o período noturno), experienciar variações de temperatura e situações onde o ruído é nocivo, pode provocar fadiga. Relativamente aos dados encontrados sobre o sofrimento, podemos concluir que nas situações de risco de agressão, de ordem pré-definida no trabalho, ter que fazer o trabalho tal e qual como foi definido e as situações onde tem de lidar com as dificuldades e o sofrimento dos outros, as entrevistadas podem vir a manifestar sofrimento. Além destas situações foi também constatado que o stresse está diretamente relacionado com sofrimento, sendo um dos seus fatores indutores. Sendo assim, os fatores que identificamos como possíveis causadores de stresse podem também ser geradores de sofrimento, sendo que este representa um fator de risco significativo para o aparecimento de dor.

Por último, as entrevistadas referiram que o seu trabalho é um agente agravador/causador do aparecimento de dor, sendo esta causada por problemas músculo-esqueléticos, dores de costas, cefaleias, dores musculares crónicas, adormecimento dos membros, problemas nervosos e distúrbios do sono.

Como proposta de continuidade de investi-

gação, achamos pertinente que este tipo de estudo seja aplicado a uma amostra maior, de forma a obter-se resultados mais abrangentes e significativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS-DUARTE, Carla & CUNHA, Lilianna - INSAT2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. Laboreal. [Em linha]. ISSN 1646-5237. Vol. 6, nº 2, (dez. 2010), p.19-26. [Consultado em 20 nov. 2013]. Disponível na WWW: <URL: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234;5252:5:5292>; ISSN 1646-5237>

COSTA, Daniele e MARTINS, Maria - Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. Rev. Esc. Enfermagem. Brasil. ISSN 0080-6234. Vol.45, nº 5 (2011), p.1191-8;

DUARTE, Nei e MAURO, Maria – Análise dos factores de risco ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. Rev. Brasileira Saúde Ocupacional. São Paulo. ISSN 0303-7657. Vol. 36 (2010), p.157-167;

•EUROFOUND. Fifth European Working Conditions Survey. Serviço de Publicações da União Europeia. Luxemburgo. 2012. ISBN 978-92-897-1062-6;

European Agency for Safety and Health at Work - OSh in figures: Occupational safety and health in the transport sector — an overview. Luxembourg: EU-OSHA, 2011. ISSN 1830-5946;

GUÉLAUD, Françoise – Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise. França: Librairie armand colin,1975;

MACHADO. Ana. As perturbações músculo-esqueléticas no trabalho em saúde: O caso de uma unidade de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação.

Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo. 2013. Tese de Mestrado;

MAGNAGO, Tânia et al. Aspetos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 2010;

MARTINS, Júlia; ROBAZZI, Maria; BROBROFF, Maria –Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Revista Esc. Enfermagem. Brasil. Vol 44., nº 4 (2010), p. 1107-11;

MOREIRA, Adriana e MENDES, René - Factores de Risco dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho de Enfermagem. Revista Enfermagem UERJ. 2005, p. 19-26;

RENNER, Jacinta – Prevenção de Distúrbios Osteomusculares relacionados com o Trabalho. Brasil: Boletim da Saúde. Volume 19. Número 1. 2005;

RIBEIRO, Natália – Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. Revista Brasileira Epidemiol, Bahia. Vol. 15, nº 2, (2012), p.429-38

SILVA, Maria e GOMES, António – Stresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. Revista SCIELO. São Paulo. ISSN 1678-4669. 2009, p. 239-248;

STACCIARINI, Jeanne e TRÓCCOLI, Bartholomeu - O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-Americana. ISSN: 0104-1169. Vol. 9. Nº2. 2001, p. 17-25;

TRAMM, Fabianne - Stresse Profissional: um estudo exploratório sobre a importância das variáveis sexo e tempo de serviço numa amostra de Enfermeiros portugueses. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. 2012;

# EDUCAR PARA A SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



## RESUMO

A Educação para a Saúde é um processo interactivo reconhecido e aceite pelas comunidades, devendo adquirir uma postura de participação activa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida. O princípio da participação activa garante o respeito das pessoas e nesta perspectiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo "com os outros" em vez de "para os outros"

**PALAVRAS CHAVE:** educação para a saúde; promoção da saúde; saúde comunitária

## CIDÁLIA MARIA DE BARROS FERRAZ AMORIM

DOUTORADA EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE DO PORTO E PROFESSORA ADJUNTA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

**NOTA:** REEDIÇÃO DO ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA SINAIS VITAIS EM 3/2005 Nº59, PP 47-51, COM A AUTOR CORRECTO

## 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO

A Educação para a Saúde é um elemento indispensável a cada sociedade, permitindo aos seus membros adquirir os conhecimentos e as competências individuais e coletivas necessárias à aquisição de modos de vida saudáveis. É necessário entender a educação para a saúde não só como uma aprendizagem que aspire promover hábitos que fomentem a saúde, mas sobretudo e mais relevantemente, favorecer uma filosofia mais vitalista, natural e humana, tentando que o homem tenha mais liberdade, conquistada por um aumento de conhecimentos e formas de vida mais responsáveis.

Deste modo, a educação para a saúde passou a ter um papel muito importante nas estratégias de melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde individual (Grande, 1999). A estratégia da educação para a saúde deve ser implementada segundo princípios relacionados com o público alvo. Assente sobre um passado cultural, em todos os casos deve contemplar os saberes, hábitos e costumes que caracterizam os grupos a educar (Grande, 1999). Não há panaceias nem modelos universais importáveis, devendo-se analisar os conceitos gerais à luz de cada realidade, até porque “a educação para a saúde é, antes que um meio de transmissão de conhecimentos, um processo de modelar atitudes e comportamentos pelo exemplo de vida do educador” (Grande, 1999).

## 2 – OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Não são os indivíduos que têm direito à saúde, é toda a sociedade em conjunto que tem o direito de querer procurar e poder alcançar a saúde, como coordenada importante

do bem-estar. A educação para a saúde definida e aceite pelo Conselho de Ministros da Comunidade Económica Europeia (resolução nº89/c3/01) foi mencionada como (CE, WHO, CEC, 1990) “um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto”.

Esta resolução é complementada pelo conceito de que se trata de um processo educacional compreensivo, cuja responsabilidade deve ser partilhada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais. A educação para a saúde pode ser conceptualizada como toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis (Green; Simons, 1988). Esta definição é reconhecida na actualidade como uma das mais completas uma vez que a utilização da palavra combinação, revela a complementaridade dos métodos educativos, relacionando-os com os objectivos de aprendizagem.

Falar de experiência de aprendizagem planificada equivale a decidir e a acentuar determinados comportamentos e experimentar situações de aprendizagem integrando aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) do comportamento que se pretende que seja realizado, tendo por base um processo reflexivo sistemático prévio na elaboração de acções de educação para a saúde, de forma a facilitar e no sentido de proporcionar mudanças voluntárias do comportamento. O indivíduo tem um modo de vida e esta é

condicionada pela sua “herança”, cultura e sociedade. Daí que toda a pessoa tenha os seus próprios comportamentos, atitudes, valores, experiências e conhecimentos.

Assim, o papel da educação para a saúde é o de facilitar as mudanças de estilo de vida de forma voluntária, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde. A educação para a saúde é um processo contínuo e gradual de educação e aprendizagem que demora vários anos. Começa na primeira infância e desenvolve-se ao longo da vida, implicando motivação, comunicação e tomada de decisões. É como uma escada pela qual é preciso subir, e em que cada degrau representa uma fase desse processo. Inicia-se com a comunicação, segue-se a compreensão dos factos, acredita-se que é necessário mudar algo e actua-se em conformidade, uma vez que se interiorizaram uma série de atitudes, habilidades e crenças que permitem a adopção de um comportamento mais adequado.

Sendo a educação para a saúde uma parte integrante dos cuidados de saúde de qualidade, o seu principal interesse assenta na promoção da saúde das populações, proporcionando informação e conhecimentos para que os indivíduos possam adquirir o mais elevado grau de saúde e bem-estar. A educação para a saúde tenta relacionar o que se conhece como sendo uma prática óptima de saúde e o que na realidade se pratica. Primeiramente dirige-se aos indivíduos que apresentam falta de conhecimentos adequados de saúde e em segundo lugar aos que possuem conhecimentos adequados, mas que por muitos motivos não praticam os comportamentos de saúde recomendados.

A educação para a saúde não inclui somente os indivíduos e suas famílias, mas também as instituições e as condições sociais que impedem e/ou facilitam que os indivíduos atinjam uma saúde óptima (Griffiths, 1982).

### 3 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PRESSUPOSTOS

A educação para a saúde pressupõe a utilização de estratégias de intervenção adaptadas a cada comunidade que satisfaçam as reais necessidades e aspirações, sejam capazes de se relacionar com o contexto sócio-cultural e que, ao mesmo tempo, promovam a participação activa dos indivíduos na planificação e prestação dos cuidados de saúde. Devido a esta influência mútua, é imprescindível que a educação para a saúde se alicerce na aquisição de novos comportamentos, a nível individual e social, reduzindo os factores políticos, económicos e ambientais que possam ter um efeito neutralizante e negativo sobre o comportamento.

Actualmente, educação para a saúde não significa simplesmente modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas visa sobretudo a implicação das pessoas numa maior responsabilização nas opções que dizem respeito à saúde e ao bem-estar, quer em termos individuais quer colectivos, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro da doença.

A educação para a saúde pressupõe uma educação para a vida. Daí esta abordagem exigir, num primeiro momento, a observação e escuta activa e, num segundo tempo, valer-se da ajuda de uma teoria (Andrade, 1995). Esta teoria fornece informações precisas, mas o conhecimento tornar-se-á insuficiente

uma vez que jamais substituirá a inteligência das relações interpessoais e a própria intuição (Andrade, 1995). O contributo científico leva-nos a compreender que nada é definitivo. Deste modo, as teorias permitem uma reflexão permanente e um questionamento contínuo das práticas e experiências de vida, submetendo-as à imprevisibilidade dos factos quotidianos e interrelacionando-as com as atitudes comportamentais dos indivíduos (Pardal, 1990).

A educação para a saúde alicerça-se em quatro sólidos pilares (Andrade, 1995): Ciências da Saúde, do Comportamento, da Educação e da Comunicação.

1º- Ciências da Saúde. Tendo por base uma concepção holística de homem (bio-psico-social), desenvolve a sua acção de forma a actuar aos três níveis de prevenção – primário, secundário e terciário - remetendo-nos para as disciplinas de medicina clássica e suas especialidades, nutrição, fisioterapia, saúde comunitária e enfermagem.

2º- Ciências do Comportamento. Esta, conduz-nos à análise, compreensão e explicação da origem e factores causais de diferentes comportamentos. A Psicologia debruça-se sobre o comportamento individual e a Sociologia analisa o comportamento dos indivíduos inseridos em grupo, consoante o papel que desempenham na família, trabalho ou na própria comunidade/sociedade em que se inserem. A Antropologia estuda os diferentes estilos de vida, cultura, crenças, tradições, hábitos e costumes dos indivíduos na sociedade. Estas ciências, na medida em que permitem observar os comportamentos individuais e colectivos, tornaram-se um precioso auxílio na educação para a saúde.

3º- Ciências da Educação. Ocupa um lugar

de destaque devido ao forte contributo das disciplinas de Pedagogia e Andragogia, que dispendo de uma gama de saberes teórico-práticos permitem analisar e compreender os diferentes processos de aprendizagem e a interpretação dos comportamentos humanos ao longo da vida e nos diferentes contextos onde se produzem.

4º- Ciências da Comunicação. Valendo-se dos mais variados meios – escritos, orais e audio- visuais- representam um efectivo suporte de transmissão da mensagem à comunidade, lançando mão de uma vertente comunicativa com um potencial inesgotável como são os mass-média que, usufruindo de técnicas especializadas de comunicação, transmitem rapidamente as mensagens a um público vasto e heterogéneo.

A educação para a saúde converge mais de fenómenos de compreensão e interpretação do que da explicação. Não poderá nunca resultar de uma única concepção teórica, seja ela de ordem biológica, comportamental ou psicanalítica, mas do cruzamento de diferentes filosofias e áreas do saber. À semelhança de outras áreas onde se exerce o esforço humano, a educação para a saúde tem-se caracterizado pela controvérsia e debate dialéctico. A sua base teórica reflecte com frequência estas diferenças ideológicas. Provenientes de diferentes filosofias, tentativas várias têm sido feitas para produzir tipologias que procuram descrever as diferentes formas de abordar a educação para a saúde (Tones, 1985).

É vulgarmente aceite a abordagem tradicional de educação para a saúde que está submetida ao modelo médico (Vuori, 1980), focando por isso o indivíduo de um modo reducionista. O principal enfoque desta po-

sição centra-se na prevenção da doença aos níveis da prevenção – primária, secundária e terciária - persuadindo o indivíduo a adoptar estilos de vida que reduzam o risco de contrair doença e/ou facilitar a sua recuperação e é tipicamente acompanhada pela exortação à utilização correcta dos serviços de saúde.

Esta formulação constitui uma parte legítima da promoção da saúde. No entanto, a perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) face à função da educação para a saúde em geral e particularmente numa abordagem preventiva individualizada, mudou de forma significativa, redireccionando-a para a necessidade de uma abordagem mais globalizante, como a adopção de estilos de vida saudáveis e desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico e persuasão dos utentes para as teorias médicas da doença, fomentando a negociação e colaboração com a equipa de saúde de modo a que os utentes possam ser informados e ajudados a tomar decisões.

A resultante esperada da educação para a saúde é objectivamente melhorar a consciência da comunidade sobre as origens sociais das doenças e o impacto negativo que alguns aspectos do ambiente têm na saúde. É promover a aprendizagem, relacionando-a com a saúde e a doença, através do diálogo homem/meio, implicando a aquisição de conhecimentos e de entendimento, facilitando as tomadas de decisão baseadas na informação, mais do que alcançar mudanças relacionadas com a saúde através de "propaganda" ou outras formas de coerção. Na realidade, a principal finalidade da educação para a saúde é melhorar a saúde das populações e um dos seus objectivos é a tentativa de remover obstáculos pessoais e ambientais que possam inibir uma opção genuinamente livre.

#### 4- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES

A primeira fase do processo de educação consiste na transmissão de informação e na promoção do entendimento, designado frequentemente por comunicação. Existe uma interligação muito estreita entre a informação e a educação, aliás, podem mesmo ser consideradas como elementos de um mesmo continuum (Green, 1983). Outro aspecto a ter em conta é sem dúvida o das crenças e valores associados às mesmas, exigindo um diálogo constante em vez de prescrição, em que a perspectiva de quem aprende tem necessariamente de ser partilhada. De grande importância no fomento da capacidade de tomada de decisão é a auto-estima e, obviamente, esta prende-se com a saúde. O elemento final a integrar, do conjunto de características associadas à autonomia, relaciona-se com as capacidades sociais e outras capacidades da vida. A autonomia adquire-se através da socialização e das experiências de vida. Outra especificidade de autonomização é, sem dúvida, o desenvolvimento comunitário (Feuerstein; Lovel, 1983). Este é relevante em qualquer tipo de abordagem multisectorial na resolução dos problemas da comunidade, enraizado num compromisso de participação comunitária. O verdadeiro desenvolvimento comunitário caracteriza-se pelo assumir de opções genuinamente autónomas pelas comunidades, utilizando diferentes estratégias e técnicas de "educação não formal" (Pardal, 1990).

Há muitas situações em que o objectivo dos actores sociais é manter as crenças e condutas existentes, visto estas serem adequadas. Noutras circunstâncias, a mudança poderá ser desejável, embora nem sempre seja pos-

sível. Assim, o bem-estar de um indivíduo ou grupo poderá ser prejudicado por uma tentativa de alterar crenças relativas à saúde que não se coadune com as forças culturais existentes, ou pela alteração de factores que embora negativos permitem a manutenção da estabilidade individual ou do grupo. Por vezes, as crenças existentes relativamente a cada situação integram em cada comunidade um código moral e ético tão consistente que se verifica uma forte resistência à mudança.

Inferese daqui que não basta estar convicto de que uma crença relativa à saúde necessita de ser mudada, pois atingir esse objectivo pode ser extremamente difícil devido à complexidade de factores que contribuem para o estabelecimento e manutenção de tal crença. Tudo o que envolve mudanças atitudinais ou comportamentais torna-se extremamente difícil e moroso, porque estas não se alteram através do ensino de factos. O que o indivíduo ou grupo aprenderá tendo em vista a sua saúde, dependerá em última instância da orientação da sua cultura (Grande, 1999).

As populações adoptam muitas vezes comportamentos dos quais os educadores de saúde discordam e gostariam de mudar, mas é necessário e importante que estes compreendam que muitos deles se baseiam na satisfação de certas necessidades e têm em vista determinados fins não necessariamente relacionados com a saúde. De facto, a maior parte das pessoas, aspiram simplesmente a um estado de adaptação que lhes permita atingir os objectivos que elas próprias fixaram (Martin, 1971).

Os hábitos de saúde baseados em crenças, tradições, mitos e superstições, desenvolvidas ao longo dos tempos no quadro da

experiência colectiva (luta pela sobrevivência e melhores condições de vida), dão aos indivíduos um sentimento de segurança que resiste às explicações. A saúde que as pessoas desejam não está, na maioria das vezes, concordante com a que os técnicos de saúde consideram ideal.

Para a maioria das pessoas, a doença é algo que as afecta individualmente e que se relaciona com as suas experiências pessoais, acarretando sofrimento físico e mental para além dos encargos financeiros e profissionais, comprometendo seriamente as suas necessidades, objectivos e aspirações. Daí o conceito de doença diferir de indivíduo para indivíduo segundo o tipo de trabalho que cada um desenvolve, assim como o limiar da dor e a forma de manifestar os sintomas da mesma doença depende dos grupos culturais considerados.

O conceito de saúde/doença não interfere apenas no objectivo de cura, mas também numa perspectiva de prevenção, já que esta é encarada de diferentes formas, consoante o indivíduo ou o grupo cultural a que se destina. A interpretação do que é estar doente depende do sistema de valores que serve de quadro de referência ao grupo a que o indivíduo pertence e que reflecte uma certa filosofia de vida (Martin, 1971).

Educação e Saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa no seu aspecto biológico, psicológico, social e mental em constante interacção com o mundo circundante. Os estilos de vida e os comportamentos das pessoas, constituem variáveis importantes nos processos de saúde. É certo também, que estas variáveis são condicionadas pelas atitudes, crenças, valores e percepções da própria



peessoa e da comunidade/sociedade da qual faz parte, pelo que promover uma melhor saúde pessoal só pode ser compreendida se englobada numa perspectiva de promoção de saúde comunitária.

É imprescindível que o desenvolvimento de saúde comunitária se processe a partir do desenvolvimento da saúde de cada pessoa. São as pessoas, que ao adquirirem mais saúde, vão tornar a comunidade mais saudável. Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde, através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, através de um melhor conhecimento de si própria, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas relações com os outros, dos factores que influenciam a saúde, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde.

A conceptualização de educação para a saúde mais bem aceite actualmente e a que melhor reflecte a realidade é a de que a educação para a saúde é (Tones; Tilford, 1994): “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença ..., produzindo mudança no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências, e pode conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida”.

É a educação para a saúde que possibilita às pessoas tomarem consciência do seu potencial para a manutenção da saúde, uma vez que educação para a saúde é “toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar as mudanças voluntárias de comportamen-

tos saudáveis” (Green, 1984). A combinação de experiências de aprendizagem planificadas, apela para a necessidade da diversidade e complementaridade de métodos, que permitam atender à diversidade e unicidade de cada pessoa possibilitando-lhe o estabelecimento de processos de aprendizagem. Essas experiências devem também integrar aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) do comportamento que se pretende que sejam realizados. Quando se fala em facilitar as mudanças voluntárias do comportamento, enfatiza-se o respeito pela liberdade de opção de escolha de cada pessoa no seu processo de saúde-doença. Para que haja uma mudança de comportamento é necessário ter em conta o seu estilo de vida, os seus conhecimentos, os seus valores, as suas experiências e atitudes que são influenciados por inúmeros factores, tais como: hereditariedade, estadio de desenvolvimento, cultura e ambiente.

Atente-se no facto de ainda nos nossos dias se dizer que os comportamentos/estilos de vida não saudáveis, são exclusivamente devidos à ignorância das pessoas, mesmo depois de “submetidas” a grandes quantidades de informação. É claro que o conhecimento só por si não conduz às práticas, isto é, o conhecimento é uma condição necessária mas não é a única (Carvalho, 2002). É preciso associar ao conhecimento adquirido as atitudes, sendo que estas, terão de ser mudadas para que realmente se possa fazer a aquisição de novas práticas saudáveis (Carvalho, 2002).

Nos programas de educação para a saúde é necessária a inclusão de estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais (Morin, 1982; Damásio, 1995). A

educação para a saúde é um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde de uma pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando os seus estilos de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pelo grupo/comunidade do qual faz parte. Por sua vez, esta pessoa também influencia o grupo/comunidade provocando-lhes processos internos geradores da adopção de comportamentos saudáveis, uma vez que não existe ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, do mesmo modo que não existe sociedade que não se funde na autonomia com que os seus membros participam no programa que ela estabeleça.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, M. (1995). Educação para a saúde – guia para professores e educadores. Lisboa. Texto Editora
- CARVALHO, G. S. (2002). Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Actas do colóquio Internacional - Saúde e Discriminação Social. Braga, Universidade do Minho, 119-135.
- CE, WHO CEC (1990). Educação para a Saúde. Resolução do Conselho de Ministros nº 89/c3/01 da Comunidade Económica Europeia.
- DAMÁSIO, A . (1995). O Erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano. Men Martins: Publicações Europa- América.
- FEUERSTEIN, M.; LOVEL, H. (1983). Introduction: community development and the emergence of Primary Health Care. *Community Deveolpement Journal*, 8, (2), 98-103.
- GRANDE, N. (1999). Educação Física e Saúde. Conferência produzida no âmbito da semana Científica da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- GREEN, L. (1983). *New Polices for Health Education in Primary Health*. World Care Health, Geneve.
- GREEN, L. (1984). Health education models. In J. Matarazo, S. Weiss, J. Herd e N. Miller (Eds), *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention*, Nova Iorque, John Wiley and Sons, 181-198.
- GREEN, M.; SIMONS. G. (1988). *Educación para la salud*. México, Interamericana, McGraw.Hill.
- GRIFFITHS, W. (1982). The role of Mass Media in Public Health. *Am.j. Public Health*, 31, (50), 512-523.
- MARTIN, H. (1971). La dimension culturelle de l'action sanitaire. In *Comunication et modification du comportment*. *Revue International d'education pour la santé*. Genève, 399-403.
- MORIN, E. (1982). *Ciência com consciência*. Men Martins: Publicações Europa -América.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE (1997). Declaração de Jakarta sobre a promoção de saúde no século XXI. 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, sob o lema: Novos actores para a nova era- adaptar a promoção da saúde ao século XXI. Jakarta.
- PARDAL, M. (1990). Promover a saúde com as Escolas Superiores de Educação. *Lisboa. Saúde/Escola*, 6, 11-15 .
- TONES, B. (1985). Health Education and the ideology of Health Promotion. A review off alternative strategies. *Health Education research. Theory and Practice*, 45 (4), 197-213.
- TONES, K.; TILFORD, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall
- VUORI, H. (1980). The medical and the objective of Health Education International. *Journal of Health Education*, 23, (1), 1-8.



## 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;
  - 2.2. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
3. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
4. 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;
5. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
  - 5.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
  - 5.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
  - 5.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
6. 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.
7. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
8. 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.
  - 8.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
  - 8.2. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios de exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
  - 8.3. 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;
  - 8.4. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
  - 8.5. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
  - 8.6. Os trabalhos devem ser enviados para [suporte@sinaisvitais.pt](mailto:suporte@sinaisvitais.pt)

## ESTATUTO EDITORIAL

1 – A Revista Sinais Vitais é uma publicação periódica online, bimestral, vocacionada para a divulgação da Enfermagem enquanto disciplina científica e prática organizada.

2 – A Revista Sinais Vitais destina-se aos enfermeiros de uma forma geral e a todos os que se interessem por temas da área da saúde.

3 – A Revista Sinais Vitais tem uma ficha técnica constituída por um director e um conselho científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito pelos princípios éticos e deontológicos.

4 – A Revista Sinais Vitais não discrimina por razões políticas, culturais, étnicas de raça ou outras.

5 – A Revista Sinais Vitais mantém-se equidistante das questões políticas e sociais.

6 – A Revista Sinais Vitais publica artigos, originais desde que estejam dentro das normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham reconhecimento do corpo de revisores científicos constituídos em conselho científico.

7 – A Revista Sinais Vitais é propriedade da Formasau – Formação e Saúde, Lda., entidade que nomeia o director. O conselho editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhe a definição e acompanhamento das linhas editoriais.