



Cuidados Respiratórios Domiciliários

## Cuidados paliativos no doente cronicamente ventilado

SDQRLQLLDLQDLRPSBRQDRQRQQPDDSLQ

LDSRQRIQDERRQRSDRDQLDDQLSDDDDDDSLDSRBDI

pa interdisciplinar. O tratamento e o suporte implementados são reavaliados regularmente e ajustados à mudança



Dra. Elga Freire

*Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna do CHP  
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPal) da SPMI*

DLLEDPDLEUHFELGGSDLDL

Reabilitação Respiratória

## Programas de reabilitação respiratória na comunidade

FRBRPQDDPPRUQLDLDDQLDDRUILLRQDDLD

LDELPLQLRQRQPDPRLSLDDQRPEQDRSBDP

PLRDDPERQLDRPSLPQRRSBDP



MBR

*Fisioterapeuta  
Bolsista de Investigação do Lab3E - ESSUA e do iBiMED da Universidade de Aveiro*

Dra. Alda Marques

*Fisioterapeuta  
Coordenadora do Lab3E - ESSUA  
Docente da ESSUA  
Investigadora do iBiMED da Universidade de Aveiro*

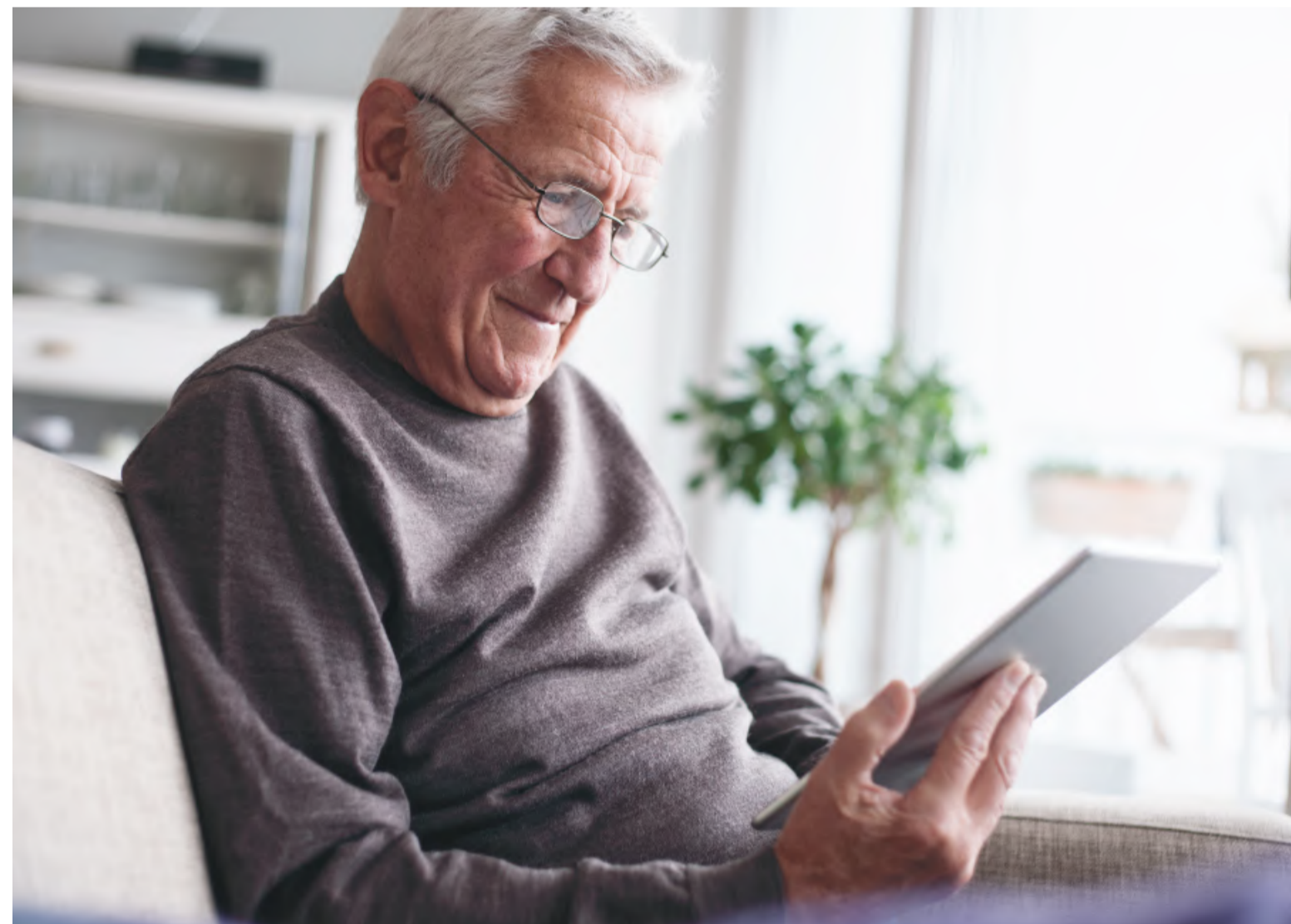
Leia o artigo completo

Inovação

## Como está a telemedicina está a mudar os sistemas de saúde?

RQRQRERPDPLQRQRURLDLDDQLDDDBQDPDRPDU

LQLDLPSPDQRDDPLLQD



ROM

*Presidente da Hiberiae Societas Telemedicinae et Telesanitas (SITT)*

Leia sobre o impacto da telemedicina no SNS

Comunidade

## Queremos chegar mais longe

QRBSUQLSDRELDRBRPLQIRBDRDDREBPDLLQSDDDQD

área da Saúde RespiratóriaQDQRDQLLRQDDRDQRDDDBDI

OBABFRBDBQBRBDB/

espaço.



MSDFBR

MSD linde.homecare@linde.com

QLQRBBDL







## Linde Saúde Maio 2019 | Cuidados Respiratórios Domiciliários

### CUIDADOS PALIATIVOS NO DOENTE CRONICAMENTE VENTILADO



**Dr.ª ELGA FREIRE**

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna do CHP  
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa  
(NEMPal) da SPMI

Um doente cronicamente ventilado tem uma insuficiência respiratória crónica grave associada a uma doença respiratória ou neurológica. Os Cuidados Paliativos (CP) são um componente importante da abordagem dos doentes com insuficiência de órgão, como a insuficiência respiratória crónica, ou com doenças neurológicas como as doenças neuromusculares ou neurodegenerativas, entre outras.

Tem sido demonstrado que os CP introduzidos numa fase mais precoce, a par dos tratamentos dirigidos à cura, melhoram a qualidade de vida e aumentam a sobrevivência dos doentes. Assim, é importante não restringir os CP aos cuidados de fim de vida nem às últimas horas ou dias de vida. A inclusão dos doentes em cuidados paliativos deve basear-se mais nas suas necessidades do que na sobrevivência.

De acordo com a *Global Initiative for COPD (GOLD)*, através de uma abordagem multidisciplinar que alarga o modelo tradicional de tratamento médico, aumentando o foco na melhoria da qualidade de vida, otimização da função, ajuda na tomada de decisões sobre os cuidados de fim de vida, suporte emocional e espiritual aos doentes e suas famílias, os CP devem ser introduzidos no início do diagnóstico destas doenças. Esta recomendação estende-se a todos os doentes com insuficiência de órgão.

Estudos demonstram que os doentes com DPOC avançada, quando comparados com doentes com cancro do pulmão terminal têm significativamente menor qualidade de vida, estão mais confinados ao domicílio, têm mais dispneia, ansiedade e depressão e recebem menos tratamento sintomático. Apesar da limitação ao domicílio estes doentes e os seus cuidadores recebem pouco suporte dos serviços comunitários.

Os doentes com DPOC são, cada vez mais, submetidos a ventilação mecânica. Questões como quando não iniciar ou suspender a ventilação ou se o limite é a ventilação não invasiva colocam-se diariamente. As decisões de fim de vida devem ser discutidas com o doente, numa fase de estabilidade da doença, o que raramente acontece.

Um estudo realizado em Portugal aponta como principais razões para a insuficiente comunicação entre o médico e o doente com DPOC sobre o final de vida, a falta de preparação dos profissionais, o medo de tirar a esperança aos doentes e a falta de formação.

A comunicação que inclui as decisões de fim de vida, é um dos princípios básicos de CP. Também é consensual, por parte dos especialistas que tratam doentes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) e os de cuidados paliativos a recomendação de uma abordagem paliativa desde o diagnóstico, com o objetivo de controlar os sintomas e preservar a qualidade de vida.

Os múltiplos problemas dos doentes com ELA, vão muito para além do suporte ventilatório e requerem uma abordagem multidisciplinar incluindo um controlo intensivo dos sintomas como: reabilitação para manter a função motora, ajuda na deslocação, suporte nutricional e respiratório, aparelhos de comunicação, suporte psicológico, social, financeiro e espiritual para os doentes e familiares.

As necessidades dos outros doentes neuromusculares são sobreponíveis, embora a progressão das doenças seja diferente. Também é importante referir os doentes pediátricos com doença crónica complexa, muitos deles sob ventilação crónica domiciliária e que chegam à idade adulta. Este é um grupo de doentes em crescimento, que beneficia de CP.

**O Plano Individual e Integrado de Cuidados (PIIC) é um processo centrado no doente que reflete as suas preferências e projeta no futuro (a curto ou longo prazo) as necessidades antecipadas, acauteladas e supridas por uma equipa interdisciplinar. O tratamento e o suporte implementados são reavaliados regularmente e ajustados à mudança do estado do doente e da família.**

Estudos provam que o PIIC aumenta a satisfação e diminui o stress emocional dos doentes, familiares e profissionais. O PIIC, como estratégia abrangente, integra o que são os pilares dos CP, no que respeita a definição de tratamentos e controlo de sintomas, a apoio e envolvimento da família, trabalho da espiritualidade e estabelecimento do plano em equipa interdisciplinar.

Os CP devem ser integrados nos cuidados multidisciplinares aos doentes com doença respiratória crónica avançada, em ambiente hospitalar, no internamento, na consulta externa e a nível domiciliário.

O seu desenvolvimento requer formação, que deve iniciar-se no pré-graduado, e treino em CP para todos os profissionais de saúde. Atualmente ainda são muito poucos os doentes cronicamente ventilados que têm um apoio multidisciplinar domiciliário adequado. É urgente haver um maior empenhamento das políticas de saúde e sociais para que se implementem as várias estruturas já definidas, nomeadamente os CP domiciliários.





Linde Saúde Maio 2019 | Reabilitação Respiratória

## IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA COMUNIDADE



### CÁTIA PAIXÃO

Fisioterapeuta

Bolseira de Investigação do Lab3E - ESSUA  
Bolseira de Investigação do iBIMED da Universidade de Aveiro



### Dr.ª ALDA MARQUES

Fisioterapeuta

Coordenadora do Lab3E - ESSUA  
Docente da ESSUA  
Investigadora do iBIMED da Universidade de Aveiro

A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção essencial na gestão das doenças respiratórias crónicas (DRC), comprovada por forte evidência científica.<sup>1,2</sup> No entanto, muitas das pessoas com DRC não aderem aos programas de RR e, as que aderem, nem sempre os completam. Esta falta de adesão deve-se ao facto de grande parte dos programas de RR decorrerem em hospitais e dos mesmos se direcionarem essencialmente para doentes com graus mais avançados da doença. Além disso, a localização dos programas implica, muitas vezes, barreiras de transporte (p.e., falta de transporte e custos de deslocações e/ou estacionamento), o que contribui para a pouca adesão à RR.

A falta de acesso e a pouca adesão aos programas de RR, levam, pois, à necessidade de desenvolver novos modelos de implementação da RR. A oferta de programas de RR na comunidade, em contexto não hospitalar, poderá ser uma estratégia para diminuir as barreiras do transporte e localização, e consequentemente aumentar o acesso e a adesão à intervenção.

Um estudo recente (2017), realizado na Austrália, teve como objetivo avaliar a fiabilidade dos programas de RR na comunidade (i.e., programas conduzidos em instalações sem cuidados de saúde, como centros recreativos). Este estudo também teve como propósito verificar se a adesão e o cumprimento dos programas de RR aumentavam com a oferta na área de residência dos doentes. A localização destes programas foi selecionada de

acordo com as áreas da região que apresentavam mais necessidade e pouca oferta desta intervenção e, intercalada com os locais onde existissem programas de RR em contexto hospitalar. Foram também selecionadas instalações que cumprissem requisitos obrigatórios (p.e., instalações sanitárias próximas, acessos de transporte e/ou parques de estacionamento gratuitos, membro da equipa com suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa).

De forma a garantir a segurança dos doentes, foram desenvolvidos critérios rigorosos de seleção dos mesmos e estabelecidas diretrizes para o desenvolvimento dos programas de RR.

Esta intervenção incluiu uma componente de exercício físico (semelhante à utilizada em contexto hospitalar, contudo com recurso a equipamentos mais simples e menos dispendiosos) e sessões educativas e de apoio psicossocial. Os doentes foram avaliados antes e após o programa de RR, que possuía uma frequência bissemanal, ao longo de 8 semanas, e incluía exercícios domiciliários, em 2 ou 3 dias adicionais. Foram recolhidas medidas de tolerância ao exercício físico, qualidade de vida, número de admissões hospitalares e tempo de internamento. De modo a contornar a problemática da adesão e o cumprimento dos programas, os investigadores recorreram a estratégias criteriosas, como ligar ao doente caso este faltasse duas sessões seguidas e, sempre que os problemas médicos afetassem a frequência dos programas, a duração dos mesmos era prolongada. Foram também discutidas estratégias com os doentes para contornar as barreiras afetas à sua participação.

**Os resultados deste estudo demonstraram melhorias significativas na tolerância ao exercício físico e na qualidade de vida, e uma diminuição no número de admissões hospitalares durante os doze meses subsequentes ao programa. Além disso, verificaram-se bons níveis de adesão e cumprimento dos programas. Estes resultados realçam que a condução de programas de RR na comunidade, em contexto não hospitalar, é possível e segura, e que a oferta de programas de RR perto da área de residência dos doentes aumenta a sua adesão à intervenção.**

Aproximar os serviços dos doentes com DRC parece, pois, uma necessidade que pode trazer benefícios a longo prazo, tanto para os próprios doentes, que estarão naturalmente muito mais envolvidos no seu processo de recuperação e decisões relacionadas com a saúde, como para os sistemas sociais e de saúde, envolvendo mais as pessoas e poupando custos relacionados com as visitas não programadas aos cuidados de saúde.

#### Referências:

- 1 - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 2018
- 2 - Spruit, M.A., et al., *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2013. 188(8): p. e13-e64.





Linde Saúde Maio 2019 | Inovação

## COMO É QUE A TELEMEDICINA ESTÁ A TRANSFORMAR OS SISTEMAS DE SAÚDE?



**Dr. LUÍS GONÇALVES**

Presidente da *Hiberiae Societas Telemedicinae et Telesanitas* (SITT)

Em 28 de Junho de 2018 no Diário da República 123/2018, Série II de 28.06.2018, foi publicado o despacho 6280/2018, emitente do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde cujo Sumário diz (cito) – Determina que a referenciação para a primeira consulta da especialidade hospitalar de dermatovenerologia realizada pelos cuidados primários do SNS, é efetivada obrigatoriamente através da utilização do telerastreo dermatológico... produzindo efeito o presente despacho a partir do dia 1 de Outubro de 2018 (fim da citação).

Este despacho culminou um caminho encetado a partir de 2013, interrompido em dezembro de 2016, pelo Grupo de Trabalho da Telemedicina (GTT) no âmbito da SPMS, que preconizou que a estratégia “*ab initio*” para a implementação da telesaúde em Portugal, passava pelo desenvolvimento de 4 pilares, a saber:

- 1 – Produção de legislação adequada à sua institucionalização;
- 2 – Teleassistência com incorporação da telemonitorização, para acompanhamento de doentes crónicos nos seus domicílios;
- 3 – Telerrastreios de várias especialidades devendo ser iniciada pela dermatovenerologia (vulgo dermatologia);
- 4 – Teleconsultas, quer em tempo real, quer em tempo diferido com a criação do Centro Nacional de Telesaúde por Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016 de 15 de setembro, a implementação dos 4 pilares acima referidos, no terreno sofreu um atraso e perda de assertividade.

No entanto em virtude dos êxitos conseguidos no terreno na área do telerrastreo dermatológico, reconhecido pela ACSS, e também em consequência dos projetos-piloto (2014, 2015 e 2016) realizados também na área de teleassistência com telemonitorização, implementados

pelo GTT, com o apoio da ACSS e da SPMS, na área da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), levaram a que o governo no ano de 2018, tenha publicado o despacho acima citado, tornando obrigatório um procedimento comprovadamente vantajoso para a cidadania.

Num país em que o ordenado médio de cada cidadão é de cerca de 800 euros mensais, a única maneira de o país poder prestar serviços de saúde à cidadania é ter um SNS bem vivo, espelhando justiça social e melhorando a acessibilidade dos cidadãos à saúde.

Uma maneira de vivificar o SNS e melhorar os bons serviços que tem prestado ao nosso país, desde 1974, é introduzir Tecnologias de Informação e Comunicação, implementando medidas para aumentar e facilitar a acessibilidade dos cidadãos.

Ora o rastreio teledermatológico que foi agora institucionalizado e tornado um processo obrigatório é um excelente exemplo e que deve ser expandido a outras iniciativas da mesma índole.

Atendendo a que as doenças crónicas atingem o sector da população, social e materialmente mais debilitado – os idosos – há outra medida extremamente importante para a cidadania que o Governo deve adotar de forma sistemática.

No seguimento dos projetos-piloto já iniciados com bons resultados na teleassistência com a componente da telemonitorização, na área da DPOC e outras já planeadas e a serem implementadas, com o apoio da ACSS, nas áreas da insuficiência cardíaca congestiva e do “*status*” pós-enfarte do miocárdio, e ainda na diabetes e hipertensão arterial, chegou o momento do Governo legislar no sentido de institucionalizar, tornando obrigatório a utilização e expansão da teleassistência com telemonitorização no sentido de acompanhamento mais assertivo, menos dispendioso e que leva a uma maior racionalização dos recursos humanos e materiais.

**Concluimos dizendo que o Governo está no bom caminho no serviço à cidadania e se quer salvar o SNS entre as medidas que deve tomar, inclui-se a implementação da telesaúde/telemedicina.**

A sua expansão através de todas as valências que as tecnologias permitem com a garantia de manutenção das boas práticas clínicas e do indispensável controlo e gestão da qualidade na prestação de serviços de saúde.