



I CONGRESSO INTERNACIONAL
**GESTÃO DA
TRANSIÇÃO SEGURA**

FICHA TÉCNICA

Organização e Coordenação

Cristina Lavareda Baixinho
Óscar Ferreira
Maria José Lourenço
Benedita Santos
Carla Munhoz

Revisores Científicos

Adriana Henriques
Alice Curado
Amparo Nogales Espert
Anna Ramió Jofre
António Filipe Cristovão
António Pedro Costa
Carla Nascimento
Carlos Roberto Lyra da Silva
Célia Oliveira
Cláudia Bacatum
Clementina Sousa
Cristina Lavareda Baixinho
Cristina Marques Vieira
David Paniagua
Deolinda Antunes da Luz
Dulce Aparecida Barbosa
Dulce Cabete
Eva Menino
Eunice Sá
Fátima Mendes Marques
Fernando Alberto Petronilho
Fernando Porto

Graça Aparício
Gilberto Tadeu
Helga Rafael
Isabel Ferraz
Isidoro Jiménez Rodríguez
João Santos
José Amendoeira
José Carlos Lopes
Lino Mendes
Luís Lisboa Santos
Luís Nabais; Luís Sousa
Manuel Solórzano Sánchez
Manuel Lopes
Maria dos Anjos Dixe
Maria Isabel Malheiro
Maria Helena Presado
Odete Lemos
Olga Pedrosa
Óscar Ferreira
Rui Margato
Sónia Ferrão
Verano Dutra

Edição

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – 2017

ISBN

978-989-97181-7-3

ÍNDICE

PREFÁCIO	4
NOTA INTRODUTÓRIA	5
WORKSHOPS PRÉ-CONGRESSO	7
Gestão de casos - <i>Clinical Case Management. Safe transition from hospital to community: an Italian experience</i>	8
Preparar o regresso a casa	10
Dificuldades do cuidador	11
Rede nacional de cuidados continuados integrados	12
CONGRESSO	13
DA MATERNIDADE PARA CASA	14
Preparação para a parentalidade Ganhos em saúde na preparação para o nascimento Quando à maternidade não chega	
A CRIANÇA COM DIABETES ENTRE CONTEXTOS DE VIDA	17
<i>Importancia de los cuidados enfermeros en el manejo del paciente pediátrico complejo en su domicilio</i> A criança/família com diabetes – Continuidade de cuidados nos cuidados de saúde primários Potencialidades das novas tecnologias para a gestão do regime terapêutico da criança com diabetes	
A PESSOA COM DOENÇA MENTAL	21
Capacitar cuidador e doente Em casa... e agora? Assegurar a capacitação Transição entre níveis de cuidados e a adesão do doente	
A PESSOA ADULTA COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS	24
O percurso do idoso no hospital Articular na comunidade... o caminho para o êxito A pessoa adulta com necessidade de continuidade de cuidados	
DA URGÊNCIA PARA A COMUNIDADE: NOVOS DESAFIOS	28
Integração dos cuidados comunitários na urgência hospitalar: o exemplo inglês Da urgência para a comunidade. Modelos possíveis de articulação Da urgência para as estruturas residenciais para idosos	
BOAS PRÁTICAS NA GESTÃO DA TRANSIÇÃO	31
Projeto Vida Ativa A prevenção na doença crónica: rastreio da retinopatia diabética A transição segura da pessoa com AVC	
A VISÃO DA SOCIEDADE CIVIL	35
A visão da autarquia A visão dos clientes A dor que atraiçoa as palavras	
TRABALHO EM EQUIPA COMO GARANTIA DA TRANSIÇÃO SEGURA	36
A gestão do risco em equipa: um garante da segurança do cliente Alta?!... Emergência e planeamento O papel do médico na transição hospital-comunidade Transição entre contextos: visão do psicólogo Gestão da informação entre contextos	

ÍNDICE

COMUNICAÇÕES LIVRES	43
Capacitação da pessoa submetida a radioterapia pélvica: um cuidado de enfermagem	44
Fibrose quística – Transição para a idade adulta	46
Intervenção do enfermeiro de reabilitação na cirurgia torácica	48
Estratégias de enfermagem para a proximidade de cuidados com recurso às TIC	50
A pessoa com AVC no regresso a casa: garantir a continuidade de cuidados	52
Boas práticas na gestão da transição hospital-comunidade	54
A pessoa com AVC no regresso a casa: garantir a continuidade de cuidados	55
A importância da EGA num projeto de continuidade de cuidados	56
Modelo conceptual de resiliência física – Contributos para a transição hospital-comunidade	57
Transição hospital-comunidade do idoso com alto risco de queda	59
Repercussões da formação nas atitudes dos enfermeiros para com os idosos	60
A transição segura hospital-comunidade das pessoas submetidas a artroplastia	61
Partilha de informação de enfermagem entre hospital e clínicas de hemodiálise	63
A sexualidade na adolescente vítima de abuso sexual na idade escolar	72
A segurança do doente pediátrico em situação crítica: intervenção especializada do enfermeiro	73
Estruturação da consulta de enfermagem de acompanhamento ao sobrevivente a TAPH	75
Cuidar (com) Género: uma oportunidade para refletir na formação em enfermagem	77
Contributo de uma intervenção de enfermagem na sobrecarga do cuidador familiar do idoso com dependência	78
A consulta pré-operatória: impacto no regresso a casa da pessoa com cirurgia da coluna	80
Intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna	82
Transição segura hospital-comunidade: intervenções de enfermagem nos idosos com risco de queda	84
Transição hospital-eternidade na Lisboa de 1620 na obra de Frei Nicolau D`Oliveira	85
Optimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total - intervenções de enfermagem especializadas no período pré-operatório	87
O papel do enfermeiro na transição hospital-comunidade junto do laringectomizado	92
Intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço	94
Avaliar o risco do luto complicado: um foco para a continuidade de cuidados	96

ÍNDICE

MESAS COORDENADAS	97
Gestão da Emocionalidade em Enfermagem: Cuidar da Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida	98
Capacitação emocional da criança nos processos saúde-doença: experiência no hospital e na comunidade	101
Projeto EMOTIONALIA. O trabalho emocional com adolescentes hospitalizados: Algoritmo de Intervenção em Enfermagem	102
A experiência emocional da mulher ao tornar-se mãe de um segundo filho: uma revisão <i>scoping</i>	103
Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida	104
Gestão da Transição Hospital-Comunidade	106
O processo de transição hospital/domicílio do doente dependente e sua família	108
A segurança da medicação na transição Hospital - comunidade	110
A transição hospital/escola da criança e jovem com diabetes tipo 1	111
A transição hospital domicílio da família e bebé	113
WORKSHOPS	115
WORKSHOP 1 e WORKSHOP 2 Utilização do software de análise qualitativa de dados webQDA	116
WORKSHOP 3 Fama I e Fama II	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117

PREFÁCIO

A mim coube-me apresentar um texto relativamente curto. Face ao desafio proposto, estarei eu preparada, para dar visibilidade a uma obra, que eu considero de extrema relevância, para o Ser Enfermeiro. Enfermeiro enquanto pessoa, enquanto profissional e profissional enquanto elemento integrante e estruturante, de uma equipa que faz toda a diferença na continuidade de cuidados.

É uma enorme responsabilidade da minha parte, expor aqui, nesta montra inicial, a riqueza de todos os trabalhos apresentados no I Congresso Internacional da Gestão da Transição Segura, promovido pelas entidades, Hospital Vila Franca de Xira, Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu nos dias 9, 10 e 11 de novembro de 2016 e desta forma, convidá-los a ler, refletir e eventualmente colocar em prática, os projetos que acrescentam valor, ao que já se faz, em cada uma das nossas realidades.

Ao longo de três dias, foram realizados workshops, sessões plenárias, mesas coordenadas, comunicações livres e apresentados e-pósteres, que incidiram sobre projetos de boas práticas, resultados de investigação e reflexões sobre a melhor forma de articulação, entre os diferentes níveis de cuidados. Assim sendo, uma das características, primordial desta obra, é de fato, a riqueza em partilhar que a otimização no cuidar é o resultado do trabalho de equipa, pois a multiplicidade de necessidades das pessoas, é satisfeita por diferentes perfis profissionais, num continuum. A transição do Hospital para a Comunidade, a preparação do regresso a casa, a capacitação do cuidador e o acompanhamento, são fundamentais para os ganhos que se pretende em qualidade de vida.

Todas as estruturas de suporte são evidenciadas em todos os níveis de cuidados, desde os recursos da comunidade até à sociedade civil, pois estes, também são o garante na sustentabilidade de todo o processo de articulação.

É um interessante trajeto, que nos faz refletir, ainda mais, sobre a necessidade de aproximar entidades, profissionais e disciplinas do saber, com um único propósito: – cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, em diferentes eventos.

Carla Teresa Munhoz

Mestre em Comunicação em Saúde. Especialista em Saúde Comunitária. Licenciada em Enfermagem e em Gestão de Recursos Humanos. Enfermeira Chefe no Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos

NOTA INTRODUTÓRIA

Sem perder o foco no Objeto dos cuidados de saúde, a equipa de gestão do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), propôs-se, desde o início da parceria público privada (PPP) em Junho de 2011, estreitar relações com todos os parceiros sociais, pondo especial ênfase nos Cuidados de Saúde Primários (ACES Estuário do Tejo).

Sob o mote de “articular para melhor cuidar”, procurámos construir pontes facilitadoras da comunicação, conhecer contextos, ultrapassar diferenças e, desenvolver estratégias promotoras da qualidade e segurança dos cuidados, disponibilizados aos utentes da nossa área de influência.

Esta forma de estar e a reciprocidade que a caracterizou, foram essenciais para o desenvolvimento de um clima propício à construção de projetos conjuntos, que se têm revelados inovadores e, dificilmente concretizáveis sem a existência desta parceria efetiva, entre o HVFX e o ACES Estuário do Tejo.

Cuidados centrados na Pessoa, com inclusão de todos os parceiros, evidenciou ganhos substanciais em saúde, que atestam os benefícios da mudança de paradigma, numa época de franco envelhecimento populacional, com morbilidades acrescidas, fragilidade financeira das famílias, mas igualmente maior nível de informação e disponibilidade do utente e famílias para se tornarem gestores do processo de cuidar pessoal ou familiar, identificando necessidades e demonstrando disponibilidade para aprender.

Neste cenário, torna-se evidente a necessidade de envolver todos os profissionais no processo de capacitação dos cuidadores familiares, como forma de garantir cuidados individualizados, ajustados a cada situação, com resultados muito positivos na satisfação de todos os envolvidos no processo.

Foi esta visão, consubstanciada pela missão, que moveram o HVFX, o ACES Estuário do Tejo e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a celebrar um protocolo onde se propuseram desenvolver o projeto que visa preparar o regresso a casa da pessoa, após um processo que determine o seu internamento hospitalar.

A temática foi abordada e desenvolvida com a participação dos profissionais das instituições envolvidas numa perspetiva multidisciplinar. Com a colaboração do corpo pedagógico da ESEL procurámos uniformizar conceitos, definir objetivos, identificar áreas problemáticas, em ambos os contextos e desenvolver estratégias promotoras de uma transição segura, ao longo do ciclo vital.

Por considerarmos que a partilha de boas práticas é um dever ético - deontológica, surge o I Congresso sobre “Gestão da Transição Hospital Comunidade “. O Congresso incluiu no primeiro dia workshops pré-Congresso onde contámos com a participação de peritos e profissionais nacionais e estrangeiros (Itália, Espanha e Inglaterra), que nos premiaram com a sua valiosa experiencia na área da preparação do regresso a casa após alta hospitalar,

NOTA INTRODUTÓRIA

incluindo a “exaustão” do cuidador. Estas apresentações contribuíram para valorizar o que fazemos e abrir horizontes, aprendendo com os melhores, sem esquecer as especificidades características de cada país.

Nos dois dias que se seguiram, o programa contou com a apresentação dos projetos desenvolvidos nas áreas identificadas como prioritárias pelas duas unidades, opinião de dois utentes portadores de doença crónica e, visão da sociedade civil, sobre a temática. As Comunicações Livres e Mesas Coordenadas foram de uma qualidade e pertinência incontestável, contribuindo para o enriquecimento do programa e promoção da reflexão. Os trabalhos contaram ainda, ao longo dos 3 dias de congresso, com a intervenção de excelentes comentadores que muito nos honraram com a sua experiência e visão, sobre a problemática em discussão.

Ao encerrarmos este ciclo, estamos convictos que a união de saberes entre os contextos da prática clínica e área académica resultam em ganhos evidentes em saúde. Identificamos como fator decisivo do sucesso, o trabalho em equipa e uma sensibilidade apurada que nos permitiu colocarmo-nos no lugar do “Outro”.

Maria José Lourenço

WORKSHOPS PRÉ-CONGRESSO

WORKSHOP PRÉ-CONGRESSO

9 novembro | 09h30 – 11h00

Auditório Centro Reynaldo dos Santos | Hospital Vila Franca de Xira

GESTÃO DE CASOS

Clinical Case Management. Safe transition from hospital to community: an Italian experience.

Palestrante: **Cristina Tommasini**¹

Comentador: **Claudia Bacatum**²

The increased aging population with comorbidities is characterized by fragility, vulnerability and complex patients' needs. Patients are hospitalized for exacerbation of chronic diseases, or surgery or after a fall with injuries, ... and hospitals have reduced length of stay in favor of early discharge at home or to intermediate facilities because persons need to continue the care, or/and has loss autonomy or change the care needs.

So improve the effectiveness of the transitions of patients between health care organizations is considered a key point because the process is rarely seamless. The root causes of ineffective transitions of care identified by Joint Commission International (2013) evidenced the breakdowns of Communications, Patient education, Accountability.

Discharge planning is a routine feature of health systems to reduce hospital length of stay and unplanned readmission to hospital and to improve the co-ordination of services.

So different models to approach elderly and chronically patients are proposed i.e. Chronic Care Model (Wagner 1998), Expanded Chronic Care Model (Nasmith et al 2010) or Kaiser Permanente Risk Stratification Model. The key elements are: patient and family are active/proactive, integration of health care services/community, policy and resources, multidisciplinary and team organization, self-care support, information and decision supports.

An Italian experience

In Italy since 1978, an integrated National Health Care Services (HCS) was instituted (and followed edit in 1992, 1999) which is organized on regional and local levels. The HCS offers to all the residents the Essential Level of Care as defined by the National Health Plan - health care in work and life environments, district care and hospital care.

In 2016 in Friuli Venezia Giulia there are two (2) Integrated University Hospital Care Trusts - Udine and Trieste, three (3) Local Health Care Services, and two (2) Scientific Research Institutes.

¹ Udine University (I) Bachelor in Nursing – Udine & Pordenone – Adjunct Professor.

² ESEL; Mestre em Saúde Escolar; Professora Adjunto.

WORKSHOP PRÉ-CONGRESSO

Regarding the care transition (see flow chart), a chronic care model is adopted, and for instance, at Pordenone Hospital – there is a specific protocol adopted for discharged planning dedicated to fragile patients. The head nurse in according with doctor of the unit activates the continuity case manager, the social worker and a discharge report called «Scheda di segnalazione» is forward to Unique Point Access (UPA) of the Local HCS. The nurse of UPA starting, assessing and activating specific clinical care pathway based on person/family needs to promote the safe and timely passage of patient across care settings.

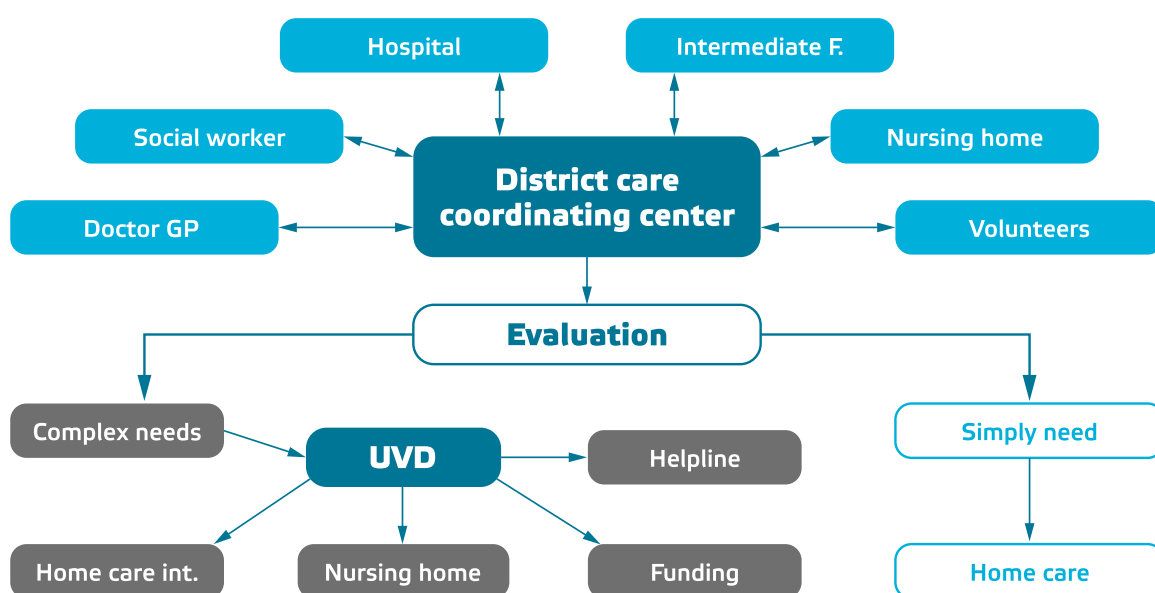
Another example is the Community Nurse implemented at Local Health Care Services n. 2. Based on the Welfare Community, they adopted the Kaiser Permanente Model, the Community Care, Self-care and Network organizing model. The nursing care is based on relation care model and in the 95% of the municipality there is a dedicated nurse.

Finally, about the Nurse Education.

The Bachelor in Nursing is based on Bologna process and the learning objectives are inspired by Dublin's descriptors. There are specific modules on essential caring concepts and relationship, clinical nursing, clinical nursing in chronic and disability's conditions, community care nursing, patient safety that including EBN, nursing models, ... Clinical training are realized in hospital, intermediate care and community settings and commuty to apply the knowledge along the 3-year course.

Flow chart client district admission

(Pellizzari, 2008)



WORKSHOP PRÉ-CONGRESSO

9 novembro | 11h30 – 13h00

Auditório Centro Reynaldo dos Santos | Hospital Vila Franca de Xira

PREPARAR O REGRESSO A CASA

Palestrante: **Fernando Petronilho**³

Comentador: **Maria de Jesus Lino**⁴

³ Doutor em Enfermagem; Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho Universidade do Minho. Autor da obra Preparação do Regresso a Casa, publicada em Coimbra em 2007 pela Formasau, Formação e Saúde Lda.

⁴ Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria do HVFXira (Aposentada).

WORKSHOP PRÉ-CONGRESSO

9 novembro | 14h30 – 16h00

Auditório Centro Reynaldo dos Santos | Hospital Vila Franca de Xira

DIFICULDADES DO CUIDADOR

Palestrante: **Paula Broeiro**⁵

Comentador: **Isabel Pereira**⁶

⁵ Coordenadora e Médica de Família da UCSP dos Olivais; ACeS Lisboa Central. Assistente Convidada de Medicina Geral e Familiar da FM-UL; Diretora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora ESEL. Autora da obra Regresso a Casa: Estrutura da ação da Enfermagem, publicada em Lisboa, em 2013 pela Universidade Católica Editora.

WORKSHOP PRÉ-CONGRESSO

9 novembro | 16h30 – 18h00

Auditório Centro Reynaldo dos Santos | Hospital Vila Franca de Xira

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Palestrante: **Manuel Lopes**⁷

Comentador: **Regina Carlos**⁸

⁷ Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados. Professor-Coordenador s/ agreg. Diretor do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora.

⁸ Médica. Coordenadora da Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados (ECR-LVT).

CONGRESSO

CONGRESSO

1º DIA | 10 novembro | 09h00 – 11h30

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

DA MATERNIDADE PARA CASA

Moderador: **Maria João de Amorim Gomes**⁹

Comentador: **Helena Prezado**¹⁰

Preparação para a parentalidade

Irina Barros¹¹

⁹ Enfermeira Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P./ACES XII de Vila Franca de Xira.

¹⁰ Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde; Professora Adjunto; ESEL.

¹¹ Enfermeira do Serviço de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira.

Ganhos em saúde na preparação para o nascimento

Lurdes Cardoso¹²

Ser mãe e em especial pela primeira vez, é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher. Representa tanto um desafio à sua maturidade, como uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades familiares e sociais.

A gravidez é um momento do ciclo de vida em que se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista somático, psicológico e cultural. Deve ser além disso conceptualizada como uma possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho (Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, 2015).

A preparação para o nascimento e parentalidade constitui um meio privilegiado de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto, parto e puerpério, correspondendo a um programa de sessões educacionais e práticas para mulheres grávidas e seus companheiros encorajando á participação ativa em todo o processo.

A mulher deve fazer escolhas conscientes em parceria com os profissionais de saúde para que em sintonia e respeitando os procedimentos seguros obtenha uma maior satisfação no trabalho de parto desmistificando preconceitos sociais e devolvendo ao parto a conotação de um processo fisiológico e gratificante (Sardo, Ferreira & Marques, 2008).

Sabendo que os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde e que os ganhos potenciais em saúde decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis, podemos considerar as vantagens da preparação para o parto e parentalidade como ganhos inequívocos em saúde tanto na gravidez, como no parto e puerpério.

A transição segura da Maternidade para Casa revela-se uma mudança mais tranquila, tanto na visão dos profissionais como dos casais grávidos, quer pelos conhecimentos adquiridos, pelo ensaio dos momentos e pela transversalidade do contato com os diversos profissionais da equipa multidisciplinar como plataforma de recurso ao dispor do casal.

Em suma os ganhos em saúde na preparação para o nascimento favorecem uma transição segura da maternidade para casa uma vez que: torna estes pais mais esclarecidos e informados; é dado um papel mais ativo da mulher grávida no nascimento; maior controlo da dor, motivação e colaboração da grávida; possibilidade de um trabalho de parto com menor duração e complicações; fortalecimento do vínculo pais/filho; aumento da auto estima e confiança dos pais e melhor vivência global do parto e parentalidade.

Descritores: Parentalidade; Preparação para o nascimento; Puerpério.

Co-autora: Célia Ricarte.

¹² Fisioterapeuta do Hospital Vila Franca de Xira.

Quando à maternidade não chega

Inês Querido¹³

¹³ Enfermeira do Hospital Vila Franca de Xira.

CONGRESSO

1º DIA | 10 novembro | 11h30 – 13h00

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

A CRIANÇA COM DIABETES ENTRE CONTEXTOS DE VIDA

Moderador: **Patrícia Nascimento**¹⁴

Comentador: **Maria Cristina Bodas Valadas**¹⁵

Importancia de los cuidados enfermeiros en el manejo del paciente pediátrico complejo en su domicilio

Elena López Fernández¹⁶

La traqueotomía es la vía electiva para el tratamiento ventilatorio crónico en un colectivo de pacientes pediátricos muy concreto. En este tipo de pacientes la ventilación mecánica domiciliaria (VMD) tendrá un uso muy prolongado, por lo que es necesario y esencial un correcto manejo, por parte de los cuidadores principales en el domicilio.

El equipo de Atención Domiciliaria del hospital Sant Joan de Deu de Esplugues de Llobregat, Barcelona, trata a varios grupos de pacientes en domicilio, entre ellos los pacientes traqueostomizados con ventilación mecánica. Mediante el programa de Atención Domiciliaria pretendemos ofrecer una continuidad asistencial de calidad, coordinar los diferentes niveles asistenciales y capacitar a las familias en el manejo del niño traqueostomizado. De esta manera prevenimos la aparición de procesos agudos, se reduce el nº de visitas hospitalarias y se optimizan los recursos.

La actuación enfermera es de vital importancia para conseguir una adecuada capacitación familiar. Invertir esfuerzos en una educación sanitaria de calidad que capacite al cuidador principal repercutirá directamente en disminuir el número de ingresos, aumentar la calidad de vida del niño, aumentar el bienestar psicoemocional del niño y la familia. En la actualidad, el Hospital Sant Joan de Déu da atención a un total de 14 pacientes traqueostomizados que precisan VMD.

¹⁴ Enfermeira Gestora do Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira.

¹⁵ Médica. Diretora do Serviço de Endocrinologia do Hospital Beatriz Ângelo. Diretora do Programa Nacional para a Diabetes.

¹⁶ Máster en cuidados de Enfermería en la Infancia y la Adolescencia Enfermera Pediátrica do Hospital Sant Joan de Déu – Barcelona. Experta en: atención del paciente crónico complejo en domicilio y gestión de sus necesidades desde un abordaje integral y sistémico, educación terapéutica a familias con niños con ventilación mecánica domiciliaria.

CONGRESSO

Hay estudios que describen los beneficios de mantener al niño en su entorno familiar mientras el soporte asistencial sea posible. Un ingreso en un paciente pediátrico crónico genera desestabilización psicoemocional al niño y a la familia, alterando el equilibrio familiar. Por este motivo hemos generado estrategias educativas que aumenten la eficacia del proceso de capacitación de los padres. Se realiza un empoderamiento en el hospital mediante un registro de capacitación, se ha diseñado una herramienta de consulta para padres y cuidadores adaptada en conocimientos y vocabulario, realizamos cursos mediante simulación avanzada y pasamos una serie de check-list para evaluar diferentes criterios antes del alta definitiva del paciente.

Para un correcto manejo de estos niños en el domicilio, es fundamental contar con la capacitación de los cuidadores principales y establecer un correcto plan terapéutico que será llevado a cabo por todos los especialistas que los tratan.

A criança/família com diabetes – Continuidade de cuidados nos cuidados de saúde primários

Eugénia Pedro¹⁷

¹⁷ Enfermeira ARSLVT.

Potencialidades das novas tecnologias para a gestão do regime terapêutico da criança com diabetes

Pedro Sousa¹⁸

O uso inovador de tecnologias interativas no domínio da diabetes permite aos profissionais de saúde e consumidores colaborar como nunca na personalização das comunicações de saúde de acordo com as necessidades específicas dos indivíduos e famílias. A revolução tecnológica acelerada multiplicou o potencial de promoção da saúde. Os sistemas de saúde estão a aumentar as suas capacidades para disseminar o acesso ao conhecimento de saúde e a criar recursos para facilitar o processo de tomada de decisão de profissionais e clientes.

A educação em massa através de tecnologias avançadas está a mudar a forma como o público obtém informação sobre a saúde e se relaciona com os profissionais de saúde. Os adolescentes já encaram a internet como a fonte primária de informação e não como um auxiliar aos modelos tradicionais. Como tal, os profissionais de saúde devem assegurar-se que a revolução do acesso à informação seja utilizada para capacitar os indivíduos e a comunidade e que seja acessível para todos.

As TIC invadiram as instituições de saúde, principalmente para assegurar a segurança da informação, melhorar a segurança dos clientes e melhorar a eficiência. Estas aplicações são agora vistas como essenciais na gestão da informação, contenção de custos, aumento da produtividade, promoção da qualidade e segurança dos cuidados, permitindo aos consumidores participar mais ativamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde e assumir maior responsabilidade pela gestão dos próprios cuidados.

Tanto as crianças como suas famílias enfrentam inúmeros desafios à gestão da diabetes que afetam a qualidade de vida. Integrar a tecnologia no plano de tratamento da diabetes de uma criança/adolescente pode ajudá-los a melhorar sua qualidade de vida, adesão terapêutica e controle glicémico.

Descritores: Tecnologia; Inovação; Diabetes; Criança; Gestão do regime terapêutico

¹⁸ Doutor. Assistente na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria (pedro.sousa@ipleiria.pt).

CONGRESSO

1º DIA | 10 novembro | 14h30 – 16h00

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

A PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Moderador: **Rui Domingos**¹⁹

Comentador: **Álvaro de Carvalho**²⁰

Capacitar cuidador e doente

Paula Homem²¹

¹⁹

²⁰ Médico Psiquiatra; Chefe de Serviço da Carreira Hospitalar; Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria e Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM/UNL); Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção Geral de Saúde (DGS); ex-Coordenador Nacional para a Saúde Mental (2011/2012) e ex-Diretor dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da DGS (1996/2000); Grupalista e Psicanalista; Membro da Comissão do PNPS (2013/2017); Membro da Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

²¹ Enfermeira Gestora do Serviço de Psiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira. Assistente Convidada do departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEL.

Em casa... e agora? Assegurar a capacitação

Ana Marta Correia²²

Introdução: A pessoa com doença mental grave e familiar cuidador tem uma baixa adesão ao regime terapêutico prescrito. O insight parcial ou ausente, as dinâmicas familiares disfuncionais, a falta de recursos/estruturas de apoio e a fraca rede de suporte social e familiar são das principais causas apontadas para a não adesão.

Metodologia: O Projeto K (Kapacitar Para a Adesão) é um projeto desenvolvido em parceria entre o serviço de psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira e o ACES Estuário do Tejo, com os objetivos de:

- Promover a adesão do doente ao regime terapêutico;
- Prevenir recaídas e reinternamentos.

Obedeceu às etapas da metodologia de projeto e tem sido divulgado entre as várias equipas do ACES.

Resultados: O projeto terapêutico individualizado para a Pessoa com doença mental e sua família (Psicoeducação realizada e plano de intervenção terapêutica) inicia-se durante o internamento e, após o regresso a casa, o Enfermeiro de Referência da comunidade dá continuidade ao Projeto Terapêutico com acompanhamento quinzenal durante o primeiro mês, passando depois a mensal de forma a promover a adesão terapêutica. O apoio prestado à pessoa e familiar prestador de cuidados, pela existência de um Enfermeiro de referência promove a relação terapêutica, permite a interligação com a equipa multidisciplinar e auxilia na gestão do stress. A avaliação da adesão ao regime terapêutico é efetuada com recurso à escala de MARS (3 – 6 – 12 meses). Das várias intervenções implementadas destacamos a importância das estratégias para auxiliar os clientes e suas famílias a fazer a gestão da crise, detetando precocemente os sinais de alerta e tendo um plano para a crise.

Conclusões: Este projeto permitiu melhorar a continuidade de cuidados entre o hospital e comunidade, aumentando a adesão ao regime terapêutico. Para além do trabalho com os doentes e suas famílias os dinamizadores do projeto tem investido na formação, bem como na motivação dos profissionais envolvidos (resistência, limitações).

Descritores: Adesão; Regime Terapêutico; Capacitar; Transição Segura.

Co-autores: Carla Cunha (Enfermeira. ACES Estuário do Tejo; UCC Azambuja); David Paniagua (Enfermeiro; UAP HVFXira), Paula Homem (Enfermeira Gestora; UAP HVFXira).

²² Enfermeira. ACES Estuário do Tejo. UCC Arruda dos Vinhos.

Transição entre níveis de cuidados e a adesão do doente

Amílcar Santos²³

²³ Médico Psiquiatra.

CONGRESSO

1º DIA | 10 novembro | 16h30 – 18h00

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

A PESSOA ADULTA COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Moderador: **Alexandre Coelho**²⁴

Comentador: **Sofia Duque**²⁵

O percurso do idoso no hospital

Eduardo Haghghi²⁶

Há mais de 3 séculos que se lê na literatura médica que os idosos apresentam particularidades distintas dos mais jovens. Os idosos apresentam limitações relacionadas com o próprio envelhecimento, têm maior probabilidade de contrair múltiplas doenças, recuperando mais lentamente, consomem um maior número de fármacos e vivem numa sociedade pouco adequada à sua realidade. A Geriatria permite avaliar o idoso de uma forma multidimensional, tendo em conta os aspetos clínicos, sociais, mentais, funcionais e nutricionais. Esta abordagem diferenciada denomina-se de Avaliação Geriátrica Global. Segundo diversos estudos, o uso deste método em Unidades de Geriatria permitiu uma melhor assistência ao idoso, evitando reinternamentos precoces, reduzindo custos e a demora média do internamento, conseguindo menores complicações, menor mortalidade, menor deterioração cognitiva, menor perda de autonomia e, o mais importante, garantindo melhor qualidade de vida.

Foi nesse contexto que se criou o Projeto “Percurso do Doente Idoso” no Hospital Vila Franca de Xira. Este permite a identificação precoce dos idosos com maior necessidade desta abordagem a nível do Serviço de Urgência, sendo depois internados na Unidade de Geriatria e tendo posteriormente alta para a Consulta de Geriatria. Os critérios de inclusão para o percurso são, para além da idade (> 65 anos): declínio funcional ou cognitivo recentes, quedas, múltiplos internamentos pelo mesmo motivo. São excluídos doentes com necessidade exclusiva de outras especialidades, demências avançadas, doentes em cuidados paliativos/estados terminais ou doentes totalmente dependentes com incapacidade de recuperação.

²⁴

²⁵ Médica Especialista em Medicina Interna com competências em Geriatria. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier. European Academy for Medicine of Ageing. Professora Convidada da FM-UL.

²⁶ Médico especialista em Medicina Interna. Hospital Vila Franca de Xira. GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Professor Voluntário FM-UL.

CONGRESSO

Desde a criação do projeto que se têm unido esforços para integrar outros serviços e consultas neste circuito, permitindo uma maior oportunidade de assistência a estes idosos. São ainda objetivos futuros, uma ligação mais estreita com os cuidados de saúde primários e os cuidados domiciliários. Desta forma garante-se uma transição segura dos cuidados prestados entre diferentes níveis.

Descritores: Avaliação geriátrica global; Geriatria; Qualidade de vida.

Articular na comunidade... o caminho para o êxito

Carina Silva²⁷

Cuidar de alguém no domicílio representa um dos maiores desafios a serem superados, envolve longos períodos de tempo com a pessoa que cuidamos e suas famílias, o desgaste físico e sobrecarga emocional são diários nas equipas de cuidados na comunidade uma vez que, o número de utentes com dependência severa integrados nas unidades é muito elevado. A articulação entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar com características específicas, a referenciação e o encaminhamento para outras entidades e instituições de Saúde são fundamentais para o sucesso deste processo.

Veríssimo & Moreira (2004), refere que “a transição dos cuidados hospital-casa é consumada sem que, muitas vezes, se avaliem as condições sociais, económicas, psicológicas e físicas, de forma a não se comprometer, quer o equilíbrio familiar, quer a qualidade dos cuidados à pessoa dependente” então é de enaltecer o projeto “transição segura Hospital Comunidade” que veio minimizar o impacto desta transição, definindo critérios para a continuidade dos cuidados no regresso a casa, com o intuito de melhorar a comunicação entre os níveis de cuidados e garantir a segurança do cliente/família nessa transição.

Nesta apresentação, o foco é dirigido ao trabalho realizado com a população do Concelho Alenquer, na continuidade de cuidados e à intervenção da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Alenquer, bem como os objetivos e resultados obtidos entre Janeiro e Setembro 2016.

Como uma imagem vale mais do que mil palavras esta apresentação será complementada com um vídeo onde podemos ver in loco, o processo de reabilitação de uma família após integração/intervenção da ECCI.

Veríssimo, C. & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar enfermagem, 8 (1): 60-65.

²⁷ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. UCC Alenquer. ACES Estuário, do Tejo.

A pessoa adulta com necessidade de continuidade de cuidados

Célia Miranda²⁸

O número de pessoas com dependência de cuidador é cada vez maior, emergindo assim, a necessidade de existir um cuidador que se responsabilize pela prestação de cuidados. Por esta razão, torna-se fundamental promover a capacitação do cuidador informal, através de programas de ensino para que este cuide de uma forma informada e competente da pessoa dependente que está ao seu cuidado, devendo este ser considerado um parceiro na prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem depara-se diariamente com vários desafios, entre os quais estarmos numa sociedade, que aguarda uma resposta para as suas necessidades no SNS, no entanto, tal não é exequível, por isso é emergente encontrar outras repostas sustentáveis.

O projeto Envolver no Cuidar surgiu desta necessidade e tem como objetivo a promoção da continuidade de cuidados entre o Hospital Vila Franca de Xira e o ACES Estuário do Tejo. Considerámos pertinente a sua implementação no serviço de Medicina Interna e de Especialidades Médicas, podendo à posteriori ser alargado a outros serviços de internamento. Devido à dimensão do projeto, foi essencial limitar a sua abrangência e iniciou-se a sua implementação num serviço piloto: Serviço de Especialidades Médicas (dia 12 de maio de 2016)

Para haver êxito neste projeto é crucial que haja trabalho de equipa e de parceria com os profissionais de saúde da comunidade, para que a pessoa dependente e o seu cuidador se sintam seguros/apoiados no domicílio e também porque estes profissionais, conseguem agilizar uma resposta mais célere às dúvidas e questões das famílias, assim como, identificar precocemente sinais de alerta de descompensação, que em muitas circunstâncias podem evitar o internamento hospitalar.

Nestes cinco meses de implementação de projeto foram identificados no Serviço de Especialidades Médicas: 26 cuidadores informais, aos quais foram efetuados ensinamentos e treino de competências. Das 26 pessoas dependentes, que identificámos o seu cuidador, só uma delas teve um novo reinternamento no Hospital Vila Franca de Xira.

Temos a noção que este não é um caminho fácil, devido às dificuldades transversais a todos os serviços, mas, uma estratégia para o ultrapassar será haver um número de horas destinadas ao núcleo do projeto (de modo a não prejudicar todas as outras responsabilidades dos vários elementos do mesmo), por forma a dar apoio às equipas, formação e monitorização do desenvolvimento do mesmo, assim como rácios compatíveis com o fazer ensino e treino aos cuidadores.

Autores do Projeto: Ana Zita; Ana Paula Mocho; Célia Miranda; Maria João Toste; Maria Rosário; Paula Godinho.

Descritores: Continuidade de cuidados de enfermagem; Qualidade de vida; Pessoa com necessidade de cuidados; Cuidador informal; Trabalho em equipa.

²⁸ Enfermeira no Hospital Vila Franca de Xira

CONGRESSO

2º DIA | 11 novembro | 09h00 – 10h30

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

DA URGÊNCIA PARA A COMUNIDADE: NOVOS DESAFIOS

Moderador: Joana Dutra²⁹

Comentador: João Santos³⁰

Integração dos cuidados comunitários na urgência hospitalar: o exemplo inglês

Rodrigo Costa³¹

Esta apresentação, de carácter fundamentalmente empírico, propõe partilhar com a audiência o modelo de integração de cuidados comunitários na urgência hospitalar posto em prática no hospital Leicester Royal Infirmary, em Leicester, Reino Unido.

É discutido o processo de distribuição de utentes idosos (mais de 65 anos de idade) através do Departamento de Emergência desse hospital (tendo em consideração a duração do internamento), a coexistência de serviços de saúde comunitária dentro do Departamento de Emergência e como tal agiliza o processo de alta hospitalar.

O papel das *Primary Care Coordinatoors* (PCC) na facilitação da alta é descrito detalhadamente, bem como os serviços de cuidados disponíveis na comunidade.

É por fim abordado como os serviços comunitários recebem financiamento público e como se coordenam no tratamento/manutenção de condições de saúde e prevenção de admissões hospitalares.

Descritores: Enfermagem; urgência hospitalar; saúde comunitária; alta; *primary care coordinators*.

²⁹ Médica. Medicina Interna.

³⁰ Vice-Presidente e Professor Coordenador ESEL.

³¹ Deputy Charge Nurse, University Hospitals of Leicester NHS Trust.

Da urgência para a comunidade. Modelos possíveis de articulação

Patrícia Silva³²

Da urgência para as estruturas residenciais para idosos

Sónia Pinto³³

As Estruturas Residenciais para Idosos (ERI) são uma das principais respostas sociais da atualidade, estimando-se que a população residente com 65 anos ou mais, represente cerca de 19% da população total e que nas próximas décadas se projete um aumento de 120% de idosos com limitações funcionais. Posto isto, as ERI devem oferecer mais do que assistência nas atividades de vida diária, cuidados de saúde, ambos prestados por uma equipa multidisciplinar com elevado nível de formação e preparação, que incluirá enfermagem com competências para a promoção da autonomia, vigilância de saúde, reabilitação, prevenção de complicações e garantia da qualidade de vida.

Segundo um estudo realizado pela OE em 2016, com uma amostra de 1019 idosos institucionalizados em ERI (203 deles tinham sido internados pelo menos uma vez numa Unidade hospitalar), verificou-se que a maioria possuía um grau de dependência elevado nas atividades de vida diária (severa e total), com alto risco de úlcera por pressão, de queda, polimedicados e com multipatologias, que implicavam cuidados de saúde permanentes, fruto de uma ou mais doenças crónicas, afim de, prevenir o agravamento do seu estado, o declínio funcional e o sofrimento associado à dor. Daí que a OMS (2015), no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, alerte para a importância da continuidade de cuidados que garanta a qualidade de vida e segurança destas pessoas, justificando por isso, a importância da transição segura do Hospital para as ERI.

Esta transição deve estar centrada na pessoa, garantindo a acessibilidade aos cuidados, o que exige de todos os profissionais, uma adaptação e maior proximidade na articulação entre ambos. Sabendo que através disto, ou seja, de cuidados de saúde partilhados, obteremos maior efetividade na resolução de problemas, satisfação adequada das necessidades, dos utentes e dos profissionais, redução de readmissões no serviço de urgência, do tempo de internamento e ganhos em saúde evidentes. E isto só é possível através de uma comunicação efetiva entre pares, com a devida partilha de informação clínica (carta, e-mail ou contacto telefónico), de critérios de referenciação bem definidos e conhecidos por ambos e de momentos de reflexão conjunta e partilha de conhecimentos com os diferentes profissionais envolvidos. Só assim se verificará uma correta gestão da doença, numa abordagem global integrada.

Descritores: Estruturas Residenciais para Idosos; Urgência; Continuidade de cuidados.

CONGRESSO

2º DIA | 11 novembro | 11h00 – 12h30

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

BOAS PRÁTICAS NA GESTÃO DA TRANSIÇÃO

Moderador: **Cidália Gomes**³⁴

Comentador: **Alexandre Silva**³⁵

Projeto Vida Ativa

Edite Ferreira³⁶

A necessidade de diminuir o tempo médio de internamento, para prevenir complicações pós-operatórias associadas a internamentos prolongados (como as quedas, úlceras por pressão, infeções, aumento da dependência e afastamento familiar) e a necessidade de promover a independência no autocuidado, são indicadores que justificam a preparação adequada durante o internamento tanto do utente, geralmente idoso, como do cuidador familiar de forma a garantir a continuidade de cuidados no regresso a casa.

O projeto tem como objetivos:

- Preparar o regresso a casa precocemente;
- Identificar cuidador;
- Diagnosticar as necessidades pelo cuidador;
- Delinear estratégias que satisfaçam as necessidades do cuidador promovendo o autocuidado do utente dependente;
- Melhorar a articulação/comunicação da díade hospital – ACES no acompanhamento do cuidador.

O utente e cuidador vem a uma consulta pré-operatória multidisciplinar (consulta vida ativa) onde é possível avaliar a funcionalidade do utente e analisar a necessidade de produtos de apoio após a cirurgia, para garantir a independência no pós-alta. Nesta consulta são

³⁴ Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Hospital de Vila Franca de Xira. Membro da Equipa de Gestão de Altas.

³⁵ Assistente Hospitalar de Neurologia na Hospital de Vila Franca de Xira.

³⁶ Enfermeira Especialista de Reabilitação; Serviço de Especialidades Cirúrgicas do HVFXira.

CONGRESSO

esclarecidas dúvidas e explicados os cuidados após a cirurgia (artroplastia da anca do joelho e ligamentoplastia do joelho). Durante o internamento os cuidados são garantidos de forma a promover a mobilidade no serviço e o treino das atividades de vida diária. Para preparar o regresso a casa definiram-se um conjunto de critérios para a continuidade de cuidados, garantindo a visita domiciliária, atempada, do enfermeiro dos cuidados de saúde primários nos utentes e familiares cuidadores com critérios pré definidos.

Conclusão: Este projeto tem permitido a efetiva comunicação entre todos os membros da equipa multidisciplinar/ACES, utente e cuidador, garantindo a transição segura do Utente para a Comunidade.

Descritores: Artroplastia; Ligamentoplastia; Continuidade de cuidados; Vida ativa.

A prevenção na doença crónica: rastreio da retinopatia diabética

Carla Munhoz³⁷

A Doença Crónica é o nosso foco de atenção prioritário. No âmbito das Boas Práticas na Gestão da Transição, quanto à prevenção na doença crónica e relativamente ao Rastreio da Retinopatia Diabética, em que o número de pessoas com diabetes existentes e o número de pessoas eventualmente com retinopatia diabética, colocam um desafio aos serviços de saúde surge o programa de rastreio da retinopatia diabética de base populacional, não oportunista, de acesso universal e gratuito e tem como finalidade reduzir o risco de perda visual das pessoas com diabetes, pela deteção precoce e encaminhamento para tratamento. Temos que abandonar, contrariar a organização tradicional dos cuidados de saúde à pessoa com doença crónica, tipicamente estruturada para cuidados episódicos e reativos, ou seja, em contexto de doença aguda. A Gestão da Doença Crónica constitui uma resposta estruturada de base populacional, deve ser encarada como um conceito útil e multidimensional, cuja aplicação sistémica ou organizacional, contribui na prática para ajudar a consolidar um sistema de cuidados, verdadeiramente integrado. É de importância vital, na medida que, significa melhorar a efetividade e a qualidade da gestão das doenças crónicas e é possível a redução de custos, utilizando-se uma abordagem baseada no rastreio. A retinopatia diabética é uma doença crónica em que o tratamento não permite curar, mas apenas atrasar o seu desenvolvimento. A maioria das pessoas com retinopatia diabética, não sente nenhuma alteração até a doença já estar muito avançada, sendo muitas vezes tarde demais para recuperar a visão perdida pois evolui de forma silenciosa. Por esta razão é muito importante fazer rastreio para esta doença, permitindo deste modo que se tome as medidas necessárias para evitar que a doença avance e que a sua visão seja afetada. Os rastreios, ao nível dos cuidados de saúde primários, pressupõem uma intervenção necessária e obrigatória a este nível de resposta.

Referências bibliográficas

Grosse, J.L. & Nehme, M. (1999). Deteção e tratamento das complicações crónicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia, *Rev Ass Med Brasil*, 45(3), 279-284.

José Henriques et al. (2010). Deteção precoce, Diagnóstico e Tratamento de Proximidade da Retinopatia Diabética – Plano de Gestão Integrada da Diabetes. Lisboa. Grupo GER – Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

Pinheiro, C. (2008). A Gestão das Doenças Crónicas: implicações na prática nos cuidados de saúde primários. Lisboa. Universidade Aberta.

Descritores: Gestão da doença crónica, rastreio, retinopatia diabética.

³⁷ Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos.

A transição segura da pessoa com AVC

Emília Redondo³⁸

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema de saúde Pública, constituindo-se como a doença neurológica mais comum e causadora de incapacidade e dependência, dado o seu impacto em praticamente todas as funções humanas (DGS, 2010; Oliveira & Silveira, 2011). Em Portugal constitui a primeira causa de morte, sendo uma das patologias mais frequentes no serviço de Medicina Interna.

O estabelecimento de um protocolo de cooperação entre o Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), o Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo (ACES) e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, possibilitou através do projecto já instituído desde 2011, "Planeamento de Alta Hospitalar à Pessoa com AVC", a elaboração do presente projecto. Neste, definiram-se estratégias para melhorar a articulação com os profissionais peritos da comunidade e assegurar a continuidade de cuidados à pessoa com AVC no regresso à comunidade, assim como, continuar a promover a capacitação do Membro Familiar Prestador de Cuidados (MFPC), perspectivando a Qualidade de Vida de ambos (Creasy, Lutz, Young, Ford, & Martz, 2013).

Com recurso à metodologia de projeto criou-se um grupo de trabalho com enfermeiros do hospital e da comunidade e estudantes de enfermagem. Foram definidos como Critério de Inclusão no Projeto: todos os utentes com diagnóstico, no momento da alta, de AVC ou AIT e Critérios de Exclusão do Projeto: pessoa que têm como destino após alta clínica instituições ou uma área geográfica que não é abrangida pelo ACES Estuário do Tejo. Foi criado um algoritmo de referência, entre HVFX e ACES, com base na adesão ao regime terapêutico, no grau de dependência (escala de barthel) da pessoa e competência do MFPC.

Autores: Adelaide Menor, Célia Sanches, Emília Redondo, Celina Gomes, Carla Carvalho, Maria Emília Aparício, Ana Fernandes, Carina Lourenço, Carlos Raimundo, Catarina Costa, Daniela Coelho, Anhelina Boyishko, Tiago Marques e Inês Grazina.

³⁸ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital de Vila Franca de Xira.

CONGRESSO

2º DIA | 11 novembro | 14h00 – 15h30

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

A VISÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Moderador: **António Nunes**³⁹

A visão da autarquia

Fátima Antunes⁴⁰

A visão dos clientes

Vera Grilo⁴¹

A dor que atraiçoa as palavras

Daniela Frazão⁴²

³⁹

⁴⁰ Vereadora Câmara Municipal de Vila Franca de Xira

⁴¹ Enfermeira ACES Estuário do Tejo

⁴² Cuidadora informal

CONGRESSO

2º DIA | 11 novembro | 16h30 – 18h00

Auditório do Complexo Escolar da ESEL/ESTeSL

TRABALHO EM EQUIPA COMO GARANTIA DA TRANSIÇÃO SEGURA

Moderador: **Artur Moreira**⁴³

A gestão do risco em equipa: um garante da segurança do cliente

António Castanheira⁴⁴

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde.

A recente publicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 reforça a importância da segurança e a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, ao nível da comunicação e da identificação inequívoca dos doentes, segurança cirúrgica e na utilização da medicação, prevenção de quedas e úlceras por pressão, prevenção e controle das infeções e das resistências aos antimicrobianos, assegurando a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e ao aumento da segurança no ambiente interno, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

Na transição do hospital para a comunidade a segurança tem de ser assegurada por mecanismos de transferência da informação que possam garantir a identificação do doente e família ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários, melhorando os meios de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados. O facto de muitos doentes coabitarem com familiares, muitas das vezes também eles dependentes, as dificuldades económicas e a baixa literacia dificultam que a transição seja segura e aumenta o risco de quedas, úlceras por pressão, má gestão do regime medicamentoso, entre outros. A antecipação dos problemas na transição do hospital para a comunidade deve ser evidenciada o mais precocemente possível durante o período de internamento, no sentido de desencadear a intervenção da equipa de enfermagem no desenvolvimento das competências ao cuidador e na comunicação com os profissionais de saúde da comunidade.

⁴³ Fisioterapeuta Coordenador Hospital de Vila Franca de Xira.

⁴⁴ Gestor do Risco do Hospital de Vila Franca de Xira.

CONGRESSO

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados (...) diminuindo o risco de incidentes com dano para o doente. (PNPSD 2015-2020).

Os Serviços envolvidos devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas electrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições.

Em suma este é o grande desafio da segurança do doente – garantir a segurança na transição do hospital para a comunidade!.

Referências bibliográficas

Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020

Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS.

Alta?!... Emergência e planeamento

Margarida Carvalho⁴⁵

A intervenção do Serviço Social hospitalar é uma ação fundamental no planeamento da alta hospitalar.

Sabe-se que o momento da Alta constitui quase sempre, uma surpresa... gera frequentemente situações de crise por parte de quem irá desempenhar o papel de cuidador.

Faz parte do conteúdo funcional do Assistente Social, no âmbito da intervenção na Saúde, minimizar o impacto da doença na vida da pessoa e da família/ cuidador, proporcionando assim, a melhor integração na comunidade aquando da alta clínica.

Exercemos a advocacia social, ou seja, promovemos e reforçamos informação relativamente a direitos e deveres dos utentes e familiares, disponibilizando o acesso a serviços ou bens e o esclarecimento de dúvidas, tudo isto integrado num plano individual de cuidados.

Compete ao Assistente Social, avaliar a situação sócio-familiar do utente, condições de habitação, capacidade do doente em seguir as indicações terapêuticas, rede de suporte e cuidadores. Perceber o nível de risco social e adequar cuidados sociais para uma melhor resposta a cada situação.

Para a concretização e implementação do plano de cuidados utilizamos e articulamos com a rede formal e informal. Isto é, promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais, sendo estes privados ou públicos.

O processo de planeamento de alta é fundamental para a concretização da alta hospitalar em segurança. Assim sendo, todos os grupos profissionais deverão estar envolvidos nas avaliações e orientações nos cuidados que a pessoa necessita.

É necessário reforçar as competências dos utentes e respetivas famílias para a resolução do problema apresentado, (*empowerment*).

A intervenção do Serviço Social desenvolve-se junto dos diversos sistemas de interação, designadamente doente, família, redes sociais de suporte e Instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação.

Para uma Transição Segura é fundamental:

- Identificação do cuidador,
- Envolvimento da rede de apoio formal e informal;

⁴⁵ Técnica do Serviço Social do Hospital de Vila Franca de Xira

CONGRESSO

- Assegurar a continuidade de cuidados de saúde e apoio social.
- Para o sucesso da intervenção é fundamental que a comunicação seja eficaz.
- Trabalhar em equipa multidisciplinar, articular com todos que possam contribuir para minimizar o problema é seguramente uma estratégia para melhorar a qualidade de vida da pessoa.

O papel do médico na transição hospital-comunidade

Ângela Chin⁴⁶

⁴⁶ Média ACES Estuário do Tejo

Transição entre contextos: visão do psicólogo

Filipa Costa Santos⁴⁷

Na transição do hospital para o domicílio o cuidador informal é a peça chave para um bom resultado do tratamento do cliente. Sendo os cuidados de saúde primários, nomeadamente a ECCI, que está mais próxima do cliente/família, esta equipa tem de perceber quem são estes cuidadores informais e qual o seu papel na reabilitação/manutenção do cliente.

Por isso, devemos fazer uma avaliação cuidada do cuidador pois ele é o garante da recuperação do nosso cliente e muitas das vezes o trabalho do psicólogo desenvolvido na equipa de ECCI centra-se no cuidador muito mais do que no cliente porque temos a percepção de que se não ajudarmos o cuidador tudo o resto vai falhar.

A sobrecarga de um cuidador acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais.

Neste sentido, desenvolvemos ao longo do ano de 2016 um trabalho em que fomos tentar perceber como se encontravam os nossos cuidadores e por isso aplicámos a escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010) a 16 cuidadores informais da ECCI de Alenquer.

Verificámos que ao nível dos clientes com AVC e Demências os cuidadores apresentavam sobrecarga intensa (mais de 56), nos clientes com quedas, fracturas e neoplasias os seus cuidadores apresentavam sobrecarga ligeira (entre 46 e 56) e os clientes com AVC eram os que tinham cuidadores sem sobrecarga (inferior a 46).

Perante tal realidade, urge realizar projetos de apoio a cuidadores que serão muito importantes para o bem-estar dos nossos clientes e suas famílias.

Só poderemos falar de transição segura quando dotarmos os nossos cuidadores informais de uma rede de suporte que lhes permita “cuidar” dos seus familiares, mas para isso são necessárias políticas sociais e comunitárias que lhes permitam fazer face a esta difícil tarefa, embora recompensadora.

Descritores: Transição; Dependência; Cuidador informal; Sobrecarga.

⁴⁷ Psicóloga. ACES Estuário do Tejo – Unidade de Saúde de Alenquer – ECCI Alenquer.

Gestão da informação entre contextos

Vítor Dionísio⁴⁸

A gestão da informação é um processo que consiste em atividades de procura e recolha, identificação, classificação, processamento, armazenamento, manipulação e difusão, independentemente do seu formato ou meio em que se encontre (físico ou digital).

Tem como objetivos fazer com que essa informação chegue até às pessoas que dela necessitam, para tomar decisões no momento certo. Deve apoiar-se na organização e propiciar a sintonia entre instituições. Nesta perspetiva a informação é um importante ativo para partilhar o conhecimento.

Antes, os sistemas de informação eram baseados em técnicas de arquivamento em papel. Hoje, as tecnologias de informação vieram abrir novos caminhos, não só no arquivo, como na partilha e distribuição da informação, com o intuito de desburocratizar.

Tal como antes, não se pode descorar os três princípios básicos da segurança: a confidencialidade; a integridade e a disponibilidade das informações.

Um secretário clínico executa uma imensidão de tarefas e atividades, com principal ênfase na prestação de informações. Suporta-se para isso de várias aplicações informáticas.

A informação é a base do qual dependem os processos de decisão e se por um lado não funcionamos sem ela, por outro, é importante saber usá-la para que seja eficiente.

A transição segura entre instituições suporta-se, através de várias plataformas informáticas, com três delas comuns: CTH; PDS e RNU.

Como pontos de reflexão, existem situações que aparecem na unidade de saúde, encaminhados dos cuidados hospitalares que não deveriam acontecer, ao abrigo da Portaria 10430/2011 de 18 de agosto.

Há ainda muitos passos a dar nesta transição entre CSP e hospital. A transição é segura e tem, algumas debilidades, mas também tem grande margem de progressão, e é através do diálogo e de uma melhor gestão da informação onde estará a chave do sucesso, tendo como principal premissa o utente enquanto pessoa.

⁴⁸ Secretário Clínico na USF Villa Longa (ACES Estuário do Tejo).

COMUNICAÇÕES LIVRES

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º DIA | 10 novembro | 09h30 – 10h00

Anfiteatro

Moderador: **Amália Costa**⁴⁹

Capacitação da pessoa submetida a radioterapia pélvica: um cuidado de enfermagem

Elda Freitas⁵⁰ | Óscar Ferreira⁵¹

Introdução: Um dos tratamentos mais utilizados no combate às doenças oncológicas é a radioterapia, que tem apresentado um aumento significativo nos últimos anos. A radioterapia pélvica é uma das abordagens terapêuticas, envolvendo maioritariamente doenças do foro urológico, protológico e ginecológico que, pela possível toxicidade, poderá provocar alterações na qualidade de vida da pessoa e família. Assim sendo, é fundamental que os enfermeiros não fiquem alheios a esta realidade e procurem atualização constante para a capacitação desta população.

Objetivo: Compreender quais as implicações da radioterapia pélvica na qualidade de vida da pessoa e respetivas necessidades de cuidados de enfermagem.

Método: Revisão sistemática da literatura, cuja pesquisa foi através da *EBSCOhost*, recorrendo à base de dados *CINAHL Plus with Full Text*. Esta partiu de duas questões distintas: quais as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia e quais as implicações na qualidade de vida da pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia pélvica.

Resultados: A partir da primeira questão foi possível elaborar uma checklist das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a radioterapia: físicas, emocionais, de informação, de capacitação, de segurança face à vulnerabilidade existencial e de reabilitação. Destas, são enfatizadas como fulcrais a informação e capacitação, que carecem de otimização. Quanto às implicações na qualidade de vida, destacam-se as alterações urinárias e intestinais agudas e/ou tardias, alterações na vivência da sexualidade e estenose vaginal. Pelo carácter íntimo desta possível toxicidade é importante que os enfermeiros estejam sensibilizados para a sua abordagem, prevenção, controlo e reabilitação.

⁴⁹ Enfermeira.

⁵⁰ Enfermeira da Fundação Champalimaud; Estudante do 7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ramo de Enfermagem Oncológica da ESEL (elda.freitas87@gmail.com).

⁵¹ Doutor em História da Educação; Prof. Adjunto ESEL (oferreira@esel.pt).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Conclusão: O desenvolvimento de intervenções de enfermagem e estratégias eficazes é fulcral para individualizar o cuidado e minimizar as alterações identificadas. Tal como, estruturar o acompanhamento pré, intra e pós tratamento, com vista à reabilitação e melhoria da qualidade de vida.

Descritores: Doente Oncológico; Radioterapia Pélvica; Necessidades; Qualidade de vida; Cuidados de enfermagem

Bibliografia:

Bhattasali, O.; Chen, L.; Woo, J.; Park, J.; Kim, J.; Moures, R. & Collins, S. (2014). Patient-reported outcomes following stereotactic body radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Radiation Oncology*, 9 (52), 1-24.

Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? *European Journal of Cancer Care*, 22, 580-588.

Güleser, G.; Taşci, S. & Kaplan, B. (2012). The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Journal of Cancer Education*, 27 (1), 46-53.

White, I. (2015). Sexual Difficulties after Pelvic Radiotherapy: Improving Clinical Management. *Clinical Oncology*, 27, 647-655.

Fibrose quística – Transição para a idade adulta

**Raquel Bolas⁵² | Rosa Rodrigues⁵³ | Fátima Azambujo⁵⁴ | Joaquina Ribeiro⁵⁵
Deolinda Pinto⁵⁶ | Luís Nunes⁵⁷**

O aumento da sobrevivência da criança com doença crónica até à idade adulta associado aos avanços médicos e tecnológicos gerou a necessidade de uma gestão de cuidados integrados, facilitadores da articulação interserviços.

Por conseguinte, a transição envolve um processo gradual de integração do jovem e dos pais à nova realidade, a fim de reduzir o impacto da mudança e promover a adaptação.

Pretende-se simultaneamente dotar o jovem de autonomia e informação que lhe permita tomar decisões informadas sobre o seu tratamento.

O processo de transição inicia-se quando o jovem tem 17 anos de idade, e visa promover a adaptação gradual aos novos profissionais e serviço.

A necessidade de uniformização de cuidados levou à criação de um protocolo, definido entre os dois departamentos. Estão estabelecidas as intervenções de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente do enfermeiro, médico e da dietista. Estão ainda estabelecidos os critérios de exclusão, tais como, o estado avançado da doença. Os diagnósticos são comuns a ambas as unidades assim como a prescrição terapêutica.

Esta atividade decorre no Centro de Fibrose Quística do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, desde 2000, mas com maior atividade desde 2013.

A equipa de adultos é composta por 6 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em regime rotativo, 2 pneumologistas, 2 dietistas e articula com outras especialidades. A equipa pediátrica engloba 2 enfermeiras de cuidados gerais e uma enfermeira especialista em saúde infantil.

A transição envolve várias fases, planificadas entre os dois serviços. O processo inicia-se com a realização de 3 consultas conjuntas com o objetivo de contactar o jovem e os pais e partilhar informação clínica, com uma visita guiada ao Centro de Adultos.

⁵² Enfermeira Chefe da Unidade Fibrose Quística Adultos do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

⁵³ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade Fibrose Quística da Adultos do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

⁵⁴ Enfermeira da Unidade Fibrose Quística da Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

⁵⁵ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade Fibrose Quística da Adultos do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

⁵⁶ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade Fibrose Quística da Adultos do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

⁵⁷ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade Fibrose Quística da Adultos do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Por último, são efetuadas mensalmente reuniões entre equipas.

Num futuro, será criada uma consulta similar para os doentes propostos para transplante.

Descritores: Fibrose Quística; Transição; Equipa; Doença crónica.

Bibliografia

Silva, V.; Guerreiro, M. J. & Dias, S., Fernandes, N. (2010). Período de transição na Consulta de doenças auto-imunes. Barreiro: Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Martins, C. (2012). Transição dos cuidados médicos pediátricos para a medicina de adultos. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro Hospitalar do Porto.

Monteiro, A. (2012) A transição no acompanhamento. Consulta de Diabetes e Endocrinologia Pediátricas Amadora: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Intervenção do enfermeiro de reabilitação na cirurgia torácica

Inês Galhofas⁵⁸ | Idalina Madeira⁵⁹

Introdução: O trabalho apresentado resulta de um relatório de estágio, inserido no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

A Cirurgia Torácica é uma especialidade em crescente evolução e a evidência disponível sobre esta área contribuiu para o enriquecimento dos conhecimentos e para a melhoria da prestação de cuidados dos profissionais. O Enfermeiro de Reabilitação é um elemento de eleição para gerir os cuidados ao cliente submetido a Cirurgia Torácica e dispõe de estratégias que permitem ter ganhos em saúde e promover a transição saudável do cliente e família.

Objetivos: Descrever a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação ao cliente submetido a Cirurgia Torácica.

Identificar as estratégias usadas pelo Enfermeiro de Reabilitação no processo de reabilitação.

Metodologia: A metodologia utilizada foi o método expositivo, para apresentar os conhecimentos desenvolvidos no processo de aprendizagem e que possibilitaram a compreensão da importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação numa Unidade de Cirurgia Torácica. O trabalho foi fundamentado em documentos pesquisados em livros técnicos e científicos, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e em bases de dados (EBSCO e Nursing Center Reference).

Resultados: As atividades desenvolvidas permitiram dinamizar a prática de cuidados especializados em reabilitação, com ênfase na avaliação inicial e no ensino perioperatório, que são estratégias fundamentais para o conhecimento do cliente/família e para estimular a sua participação no processo de reabilitação. Os benefícios da reabilitação perioperatória traduzem-se ao nível da prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias e da otimização da capacidade respiratória.

Conclusão: O enfermeiro centra os cuidados na pessoa/família e a eficácia da reabilitação respiratória depende do início precoce e da adesão do cliente.

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação durante as sessões de Reeducação Funcional Respiratória permitiu melhorar a qualidade de vida e a capacidade de realizar as atividades de vida diárias.

⁵⁸ Enfermeira Especialista em Reabilitação (maria.ines.martins@campus.esel.pt).

⁵⁹ Enfermeira Especialista em Reabilitação (indysetim@sapo.pt).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Descritores: Cliente; Enfermeiro de Reabilitação; Reabilitação; Cirurgia Torácica; Transição.

Bibliografia

Branson, R. D. (2013). The Scientific Basis for Postoperative Respiratory Care. *Respiratory Care*, 58, 1974-1984.

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Smith, N., Engelke, Z., & Pradikoff, D. (2014). Preoperative Teaching: Preparing Adults for Surgery. *Patient Education*, 1-8. Acedido a 12/03/2015 de Nursing Reference Center Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=13&sid=d917bd48-201f-4798-8f09-a12648f851dc%40sessionmgr113&hid=121&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T705781>

Estratégias de enfermagem para a proximidade de cuidados com recurso às TIC

Patrícia Câmara⁶⁰ | Élvio H. Jesus⁶¹

Introdução: A intervenção de enfermagem “preparar o regresso a casa” com o utente e/ou membro da família, prestador de cuidados é o elo vital para assegurar a continuidade de cuidados e a prevenção de complicações e/ou reinternamentos hospitalares (Mestrinho & Antunes, 2013). Esta intervenção, associada à vulnerabilidade da pessoa e aos períodos de internamento cada vez mais curtos, exige articulação com redes comunitárias de saúde. Em Portugal, este processo é ainda complexo e com barreiras dificultadoras, o que torna premente conhecer melhor esta problemática.

Considerando que as redes tecnológicas são uma constante do quotidiano e, uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais, questiona-se assim, quais os projetos de boas práticas que, em Portugal, utilizam as TIC como recurso para uma transição hospital-comunidade mais segura e eficiente.

Objetivos: Identificar e analisar projetos de boas práticas que utilizam as TIC na transição hospital-comunidade.

Método: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, recorrendo aos critérios de inclusão: divulgações portuguesas on-line na área da Enfermagem, quer de iniciativas hospitalares e/ou comunitárias, sem limite temporal. Selecionamos como fontes de informação: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, sites institucionais académicos e de entidades de saúde.

Resultados e Discussão: As divulgações encontradas resultam essencialmente da obtenção de graus académicos, publicadas entre 2009 a 2016; dirigidas a prestadores de cuidados ou a pessoas portadoras de doenças crónicas; por vezes, de equipa multidisciplinares, envolvendo enfermeiros; relacionadas com a área de atuação da promoção da saúde/cuidados de saúde primários.

Neste contexto, os enfermeiros necessitam de investir mais em projetos de boas práticas com recurso às TIC visando uma transição mais amena ao longo do contínuo de cuidados e, deste modo, melhor contribuir para o novo sistema de cuidados de saúde que emerge. Assim, realizar mais investigação nesta área, implementar e divulgar as iniciativas em meios de comunicação social on-line, não só contribuirá para a sistematização do conhecimento,

⁶⁰ Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional Porto. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (patricia.camara@gmail.com).

⁶¹ Universidade Católica Portuguesa, CIIS -Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ejesus@porto.ucp.pt).

COMUNICAÇÕES LIVRES

como, promoverá uma continuidade de cuidados de enfermagem de qualidade, eficiente e segura, o que permitirá o desenvolvimento de uma rede de proximidade de cuidados de enfermagem.

Bibliografia

Mestrinho & Antunes, (2013). A investigação nos contextos de trabalho. Desafios da experiência –Um sentido para a reabilitação. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Descritores: Continuity of Patient Care (Continuidade de cuidados ao utente); Health Information Technology (Tecnologia de informação sobre saúde); Nursing (Enfermagem);

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º DIA | 10 novembro | 11h30 – 12h30

Anfiteatro

Moderador: **Pedro Dias**⁶²

A pessoa com AVC no regresso a casa: garantir a continuidade de cuidados

Anhelina Boyishko⁶³ | Inês Grazina⁶⁴ | Tiago Marques⁶⁵ | Ana Carla Carvalho⁶⁶
Celina Gomes⁶⁷ | Emília Redondo⁶⁸ | Emília Aparício⁶⁹

Introdução: A maioria das pessoas que tem um AVC ficam com um grau de dependência superior, o que condiciona o autocuidado. Este evento súbito implica a readaptação funcional não só do doente, mas também da família tornando-se um desafio aos membros da mesma.

Método: com recurso à metodologia de projeto criou-se um grupo de trabalho com enfermeiros do hospital e da comunidade e estudantes de enfermagem, com a finalidade de definir critérios para a continuidade de cuidados.

Foram definidos como Critério de Inclusão no Projeto: todos os utentes com diagnóstico, no momento da alta, de AVC ou AIT e Critérios de Exclusão do Projeto: pessoas que têm como destino, após alta clínica, instituições ou uma área geográfica que não é abrangida pelo ACES Estuário do Tejo.

Resultados: Todos os utentes com diagnóstico de AVC ou AIT, no momento da alta, são referenciados por e - mail para as UCC da área de referência até as 72h pós alta. Foram definidos como critérios urgentes de continuidade de cuidados os seguintes: adesão ao regime terapêutico (exercício, dietético e medicamentoso) - o incumprimento de, pelo menos um, é considerado não adesão ao regime terapêutico; fatores de risco associados (HTA, Obesidade, Diabetes, Dislipidémia, AVC, AIT; Fibrilhação Auricular; Estenose Carotídea; Cardiopatias; Hábitos tabágicos; Hábitos Alcoólicos; Consumo de drogas); competência do mfpc - não competente – isto acontece se existir pelo menos um dos ensinamentos considerado não demonstrado ou a necessitar de reforço.

⁶² Enfermeiro Hospital Vila Franca de Xira

⁶³ Enfermeira. ESEL. (inesgrazina@campus.esel.pt)

⁶⁴ Enfermeira. ESEL. (anelinaboyishko@gmail.com)

⁶⁵ Enfermeiro. ESEL. (tiagofreitasmarques@campus.esel.pt)

⁶⁶ Enfermeira UCC Alenquer(carlabrigada@gmail.com)

⁶⁷ Enfermeira Hospital Vila Franca de Xira (celinagomespf@hotmail.com).

⁶⁸ Enfermeira Hospital Vila Franca de Xira (emilia.redondo@hvfx.pt).

⁶⁹ Enfermeira UCC Arruda dos Vinhos (ucc.arruda@arslvt.min-saude.pt)

COMUNICAÇÕES LIVRES

A presença de um ou mais critérios implica um contacto telefónico do enfermeiro do hospital para o colega da UCC de forma a garantir visita domiciliária nas primeiras 24 horas.

Conclusões: A continuidade dos cuidados permite a reposta atempada às necessidades de cuidados, diminuindo o reinternamento e as complicações pós alta hospitalar, capacitando a família nos cuidados ao familiar dependente e aumenta a funcionalidade.

Descritores: Idoso; AVC; Transição hospital-comunidade.

Boas práticas na gestão da transição hospital-comunidade

Adelaide Silva⁷⁰ | Raquel Bolas⁷¹

A Satélite Familiar (SF) é uma empresa de Serviços de Enfermagem que presta cuidados no domicílio, cuidados esses individualizados, diferenciados, com grande foco de atuação no acompanhamento da gestão da doença crónica. No modelo de acompanhamento estão integradas ferramentas tecnológicas tais como, dispositivos de tele-monitorização de sinais vitais garantindo eficiência na vigilância da evolução do cliente. O objetivo é proporcionar rigor e segurança na informação sobre os seus clientes.

A informação de enfermagem apresenta uma grande importância na continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem, particularmente aquando da tomada de decisões. A necessidade de uniformização de cuidados, levaram à criação de protocolos de atuação.

Seguindo de forma rigorosa o plano de acompanhamento traçado pelo médico, a SF garante a execução das melhores práticas na transição e acompanhamento do utente, de forma segura, desde a alta hospitalar até à recuperação e/ou estabilização no seu domicílio.

A atuação do enfermeiro da SF tem por base um plano de cuidados onde é organizada uma avaliação inicial, seguida de identificação de diagnósticos de enfermagem, e criação das respetivas intervenções, de acordo com os protocolos de atuação. A família ou cuidador principal está sempre envolvido no processo. Estes passam por um longo processo adaptativo à doença crónica. Apoiar, educar, aconselhar, fornecer suporte emocional, garantir continuidade de cuidados, são a base da Consulta de Enfermagem.

A SF contribui ativamente para uma melhoria da prestação dos cuidados de saúde, garantindo uma transição hospital-comunidade/comunidade-hospital de forma segura.

Descritores: Cliente, Enfermagem, Família, Transição.

⁷⁰ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Satélite Familiar.

⁷¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Satélite Familiar.

A pessoa com AVC no regresso a casa: garantir a continuidade de cuidados

Ione Carvalho Pinto ⁷² | Sílvia Valente ⁷³ | Sara Maria Barbosa ⁷⁴ | Denise Ferro ⁷⁵
Tatiele Schönholzer ⁷⁶ | Luciana Fabriz ⁷⁷

Este estudo refere-se a uma revisão integrativa sobre a Transição do Cuidado (TC) realizado com doentes crônicos, em especial sobre a segurança de medicamentos pós-alta hospitalar. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline)* e *National Center for Biotechnology Information, US National Library of Medicine (Pubmed)*. Foram utilizados os seguintes descritores de assunto: idosos, doenças crônicas, erros de medicação, aderência ao medicamento, adesão ao medicamento, reconciliação medicamentosa, reações adversas e efeitos colaterais relacionados a medicamentos, cuidados de transição, alta do paciente e continuidade da assistência ao paciente. Foram selecionados e analisados 20 estudos, os quais foram categorizados de acordo com o assunto, sendo identificados três principais temas: discrepância e reconciliação de medicamentos, evento adverso a medicação e aderência ao medicamento. Nove (42,8%) tiveram como país de origem os Estados Unidos, seguido pela Austrália e Espanha que tiveram três estudos cada (14,2%). A segurança da medicação mostrou-se como um tema transversal que envolve questões complexas relacionadas a coordenação do cuidado. Novas pesquisas sobre o tema podem ser desenvolvidas com o objetivo de quantificar e qualificar o tema em questão, principalmente aqueles que apresentem aspetos relacionados com a continuidade de cuidados na Rede de Atenção a Saúde.

Bibliografia

Coleman, E.A., Parry, C., Chalmers, S., Min. S.J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1822-1828.

Corbett, C.F., Setter, S.M., Daratha, K.B., Neumiller, J.J., Wood, L.D. (2010). Nurse Identified Hospital to Home Medication Discrepancies: Implications for Improving Transitional Care. *Geriatric Nursing*. 31(3), 188-196.

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & de Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106.

Descritores: Transição do Cuidado; Doenças Crônicas; Literatura de Revisão como Assunto; Medicação.

⁷² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (ionecarv@hotmail.com)

⁷³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (shvalente.enf@gmail.com)

⁷⁴ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (sarambarbosa@yahoo.com.br)

⁷⁵ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (denise.ferro@usp.br)

⁷⁶ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (tatischonholzer@gmail.com)

⁷⁷ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (luciana.fabriz@gmail.com)

A importância da EGA num projeto de continuidade de cuidados

Cidália Gomes ⁷⁸

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho com a grande finalidade de melhorar a assistência a pessoas dependentes com necessidades de continuidade de cuidados prevê no seu artigo 7º a existência de equipas de gestão de altas (EGA), que não é mais do que uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS que referencia utentes para as unidades e equipas da RNCCI. Cabe a esta equipa o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitam de cuidados continuados integrados, imediatamente pós internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentam um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência. Para conseguir cumprir a sua finalidade é essencial que TODOS os doentes internados que necessitem de cuidados continuados integrados sejam sinalizados à EGA atempadamente (no prazo de 48 horas). Após a sinalização e avaliação das necessidades do utente e família são critérios para a referência: as situações de dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária; doença crónica com episódios frequentes de agudização e que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados; doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidade de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, com prognóstico de vida limitado e necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

Uma EGA bem articulada com os diferentes serviços e seus profissionais, com canais de comunicação efetivos é uma garantia para uma transição segura do hospital para a comunidade.

Referências Bibliográficas:

Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2006). Portaria n.º 174/2014. Diário da República, 1.ª série, n.º 174 — 10 de setembro de 2014, 4865-4882.

Descritores: Equipa de Gestão de Altas; Referência; Continuidade de cuidados.

⁷⁸ Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Hospital Vila Franca de Xira. Membro da Equipa de Gestão de Altas.

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º DIA | 10 novembro | 14h30 – 15h30

Anfiteatro

Moderador: **Cristina Marques Vieira**⁷⁹

Modelo conceptual de resiliência física – Contributos para a transição hospital-comunidade

Rafael Bernardes⁸⁰

Com a finalidade de compreender a potencialidade da aplicação do modelo de resiliência física de Whitson e colaboradores (2016), desenvolvemos esta reflexão teórico-prática.

O envelhecimento é acompanhado de alterações músculo-esqueléticas, que interferem na capacidade física e na funcionalidade da pessoa, que são agravadas por causa de episódios agudos de doença e hospitalização (Fried et al, 2004; Saint-Hubert et al, 2010).

A resiliência física é um traço característico inato de uma pessoa, parte da sua natureza e está relacionada com a tendência que alguém tem, para se manter “bem” ou “voltar a um estado de boa saúde”, quando perante um episódio adverso. É uma capacidade para permanecer bem, recuperar ou mesmo progredir em resposta a um evento stressante – habilidade para gerir, resistir, compensar, reconstruir, adaptar, manter e é, ainda, uma construção psicológica (Bonano et al, 2010).

A resiliência física é influenciada por factores psicossociais, pela genética, pelas reservas fisiológicas, pelas experiências de vida e pelo ambiente. Destes cinco factores, dois são subjectivos – psicossociais e experiência de vida – e três são objectivos – a genética, a reserva fisiológica e o ambiente.

A resiliência é, além disso, influenciada por certos stressores naturais, produzidos pelos factores mencionados atrás e, fruto da interacção com aqueles, resulta um outcome.

A análise de modelos de resiliência física e dos factores que a influenciam, permitem avaliar e intervir no sentido de prevenir perdas antes, durante e após a transição hospital-casa. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm de efetuar uma avaliação da pessoa idosa, que é hospitalizada mediante três tipos de abordagem:

(a) o fenótipo do indivíduo ou grupo de indivíduos (comunidade) – frágil, robusto e fatigabilidade;

⁷⁹ Docente na Universidade Católica Portuguesa.

⁸⁰ Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem (ESEL).

COMUNICAÇÕES LIVRES

- (b) discrepância de idade entre indivíduos ou grupos de indivíduos – idade biológica versus idade cronológica; e, por fim,
- (c) a trajetória delineada – resiliente ou resistente, onde há declínio funcional com subsequente recuperação e onde não há mudança funcional, respectivamente.

A identificação do(s) idoso(s) mais vulneráveis do ponto de vista da resiliência, orienta o profissional de saúde para a implementação de várias terapêuticas promotoras da força muscular, da mobilidade e da interação social.

Esta reflexão teórico-prática, permite-nos, a partir do modelo de Whitson et al (2016), bem como das lacunas que os investigadores identificaram, analisar de que forma se pode promover a funcionalidade do idoso hospitalizado, do ponto de vista da transição hospital-comunidade.

Bibliografia

Bonanno, G. A; Westphal, M & Mancini, A. D (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1.1 – 1.25.

Saint-Hubert, M; Schoevaersdts, D; Cornette, P; D’Hoore, W; Boland, B; Swine, C (2010). Predicting Functional Adverse Outcomes in Hospitalized Older Patients: A Systematic Review of Screening Tools. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14, 5, 394-399.

Fried L. P; Ferrucci L; Darer J; Williamson J. D & Anderson G. (2004), Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 59, 3, 255-263.

Whitson, H. E; Duan-Porter, W; Schmader, K. E; Morey, M. C; Cohen, H. J; Colón-Emeric, C. S (2016). Physical Resilience in Older Adults: Systematic Review and Development of an Emerging Construct. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 71, 4, 489-495

Descritores: Resistência física; Exercícios terapêuticos; 80 anos ou mais; Idosos fragilizados; Resiliência.

Transição hospital-comunidade do idoso com alto risco de queda

Teresa Oliveira ⁸¹ | Cristina Baixinho ⁸² | Adriana Henriques ⁸³

Introdução: O envelhecimento da população está a alterar os problemas de saúde pública. Este processo complexo traduz-se numa perda gradual de capacidades, modificando os riscos e aumentando a probabilidade de comorbilidades e acidentes que podem precipitar o internamento do idoso. A queda ilustra esta realidade.

Métodos: Estudo exploratório com o objetivo de identificar o risco de queda da pessoa idosa com 65 ou mais anos no momento da alta hospitalar, após cirurgia por fratura da extremidade superior do fémur. A amostra de conveniência foram pessoas com mais de 65 com os critérios de inclusão: mais de 65 anos, queda no domicílio, fratura da extremidade superior do fémur. Os instrumentos para a colheita de dados foram a Escala de Morse, a Falls Efficacy Scale, o Teste timed up and go test e a Escala de Barthel.

Resultados: No momento da alta 100% apresenta elevado risco de queda (≥ 51). Através da aplicação da Escala de Barthel, verificou-se que a maioria é dependente nas atividades e a totalidade apresenta pouca confiança na realização das AVD. A totalidade apresenta alterações no desempenho do TUGT.

Conclusões: A hospitalização na pessoa idosa constitui um evento crítico no processo de transição saúde-doença e a fratura da extremidade superior do fémur é um evento gerador de medo de nova queda, de dependência no autocuidado e consequentemente responsável pela diminuição na perceção da qualidade de vida. O elevado risco de queda que têm no momento da alta clínica e o facto de já terem sofrido uma queda é um forte preditor de nova queda na comunidade, no período de 6 a 12 meses. Como tal é primordial que se desenvolvam ações que garantam a continuidade de cuidados, adotando estratégias que garantam que esta articulação seja norma e não apenas uma casualidade.

Descritores: Idoso; Risco de queda; Segurança; Alta Hospitalar; Continuidade de Cuidados.

⁸¹ Enfermeira. Estudante do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (teresaoiveira@campus.esel.pt).

⁸² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta ESEL.

⁸³ Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora ESEL.

Repercussões da formação nas atitudes dos enfermeiros para com os idosos

Deolinda Antunes da Luz ⁸⁴ | Ana Paula Neves ⁸⁵ | Laura Viegas ⁸⁶ | Emília Brito ⁸⁷

Introdução: O envelhecimento da população está a aumentar globalmente e Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, com a população mais idosa a crescer significativamente. A longevidade está associada, muitas das vezes, a doenças crónicas, acarretando aumento da dependência dos idosos e a inevitável procura dos serviços de saúde. Os enfermeiros conscientes deste desafio promovem a saúde e o bem-estar dos idosos, através de um trabalho em equipa multidisciplinar ajudando as pessoas ao longo do ciclo de vida no desenvolvimento de competências promotoras de envelhecimento saudável.

Questão de investigação: qual o efeito da formação sobre as atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas?

Objetivo: Conhecer o efeito do 6º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente de Enfermagem à Pessoa Idosa, nas atitudes dos enfermeiros para com os idosos, na promoção de um envelhecimento saudável.

Método: Estudo quantitativo, longitudinal, comparativo e descritivo, sendo a população alvo todos os estudantes que frequentaram o Curso acima referido. Seleccionámos uma amostra por conveniência de 52.9%. Aplicação de questionário sociodemográfico e Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas, no início e no final do Curso.

Resultados: Análise estatística descritiva e comparativa. Os resultados obtidos serão atempadamente enviados.

Conclusão: Torna-se importante conhecer as atitudes dos enfermeiros para com os idosos de forma a facilitar o desenho de programas de intervenção, formativos e informativos, que visem a promoção da adoção e incrementação de atitudes positivas no cuidado a esta população.

Bibliografia

Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and na examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54.

Descritores: Enfermeiros; Idosos; Atitudes; Formação.

⁸⁴ Doutora em Psicologia Social. Professora Coordenadora ESEL

⁸⁵ Mestre em Saúde Pública. Professora Adjunta ESEL.

⁸⁶ Mestre em Psicologia Clínica. Professora Adjunta ESEL.

⁸⁷ Mestre de Comunicação em Saúde. Professora Adjunta ESEL

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º DIA | 10 novembro | 16h30 – 17h30

Anfiteatro

Moderador: **Leonel Matos**⁸⁸

A transição segura hospital-comunidade das pessoas submetidas a artroplastia

Otilia Mendes⁸⁹ | **Edite Ferreira**⁹⁰ | **Paula Vasques Costa**⁹¹ | **Paula Cunha**⁹² | **Sónia Pinto**⁹³
Cristina Baixinho⁹⁴ | **Óscar Ferreira**⁹⁵ | **Ana Rita Bonito**⁹⁶ | **Joana Leitão**⁹⁷

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento do índice de dependência aumentaram a prevalência da osteoartrose. Muitos idosos com osteoartrose têm indicação cirúrgica para a substituição da articulação. A investigação demonstra que os níveis de funcionalidade após a cirurgia são inferiores ao pré. A diminuição do tempo médio de internamento e a necessidade de diminuir as complicações pós-operatórias associadas a internamentos prolongados como as quedas e as úlceras por pressão são indicadores que justificam uma preparação adequada do internamento e diminuição do tempo de hospitalização.

Método: Trabalho de projeto com os objetivos de identificar o membro familiar prestador de cuidados, preparar o regresso a casa precocemente, diagnosticar as necessidades do Familiar Cuidador (FC), delinear estratégias que satisfaçam as necessidades do FC promovendo o autocuidado do Utente dependente, melhorar a articulação/comunicação da díade Hospital – ACES no acompanhamento do FC, garantindo a transição segura para a comunidade.

O projeto foi desenvolvido por um grupo de peritos com enfermeiros do hospital, do ACES e docentes e estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem.

Resultados: A metodologia utilizada permitiu a identificação do familiar cuidador; a avaliação do grau de dependência da pessoas idosa submetida a artroplastia e possibilitou

⁸⁸ Enfermeiro

⁸⁹ Enfermeira Chefe; Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital Vila Franca de Xira.

⁹⁰ Enfermeira Especialista de Reabilitação; Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital Vila Franca de Xira.

⁹¹ Enfermeira; ACES Estuário do Tejo.

⁹² Enfermeira; ACES Estuário do Tejo.

⁹³ Enfermeira Responsável; UCC Benavente.

⁹⁴ Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta ESEL.

⁹⁵ Doutor em História da Educação; Professor Adjunto ESEL.

⁹⁶ Enfermeira; ESEL.

⁹⁷ Enfermeira; ESEL.

COMUNICAÇÕES LIVRES

a definição de um conjunto de critérios para a continuidade de cuidados, garantindo a visita domiciliária, atempada, do enfermeiro dos cuidados de saúde primários às pessoas com critérios pré-definidos pelo painel de peritos: compromisso da mobilidade do utente; alto risco de queda; alto risco de úlcera por pressão; dor crónica moderada ou severa; gestão ineficaz do regime terapêutico, compromisso do papel do cuidador e necessidade de capacitação do familiar cuidador para garantir o autocuidado do idoso dependente.

Conclusão: O trabalho de projeto permitiu a efetiva comunicação entre todos os membros da equipa multidisciplinar/ACES, idoso e familiar cuidador, possibilitando um regresso a casa com mais segurança.

Descritores: Transição segura hospital - comunidade; Capacitação do familiar cuidador; Segurança nos cuidados em enfermagem.

Partilha de informação de enfermagem entre hospital e clínicas de hemodiálise

Dilar Costa ⁹⁸ | Óscar Calderon ⁹⁹ | Carla Torres ¹⁰⁰ | Flávia Lopes ¹⁰¹
Maria Gamito ¹⁰²

Resumo: A informação de enfermagem assume importância vital na continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem, sobretudo ao nível dos processos de tomada de decisão.

A sua relevância na articulação interinstitucional levou-nos a construir nesta fase inicial, uma folha de registos em suporte de papel e a repensar uma aplicação informática que facultasse a partilha de informação entre o nosso serviço e as clínicas de hemodiálise numa fase subsequente.

A necessidade de aceder aos dados documentados pelos enfermeiros das clínicas de hemodiálise (e inversamente), que nos conceda uma visão integrada dos cuidados de saúde prestados ao doente nesses contextos e a deteção de lacunas neste domínio, levou-nos a refletir internamente sobre o assunto e a delinear um projeto que colmatasse as necessidades identificadas.

Encontramo-nos na fase embrionária do processo, sendo nosso objetivo neste momento partilhar com os pares a folha de registo contruída em suporte de papel.

Em 2015 e de acordo com a casuística do serviço, foram admitidos 455 doentes, dos quais 47 (10%), devido a condição relacionada com acessos vasculares, nomeadamente, infeção associada ao acesso vascular, 23 casos (49%), no universo dos 47 doentes e 34 casos (72,3%), devido a perda de acesso vascular. Induziram hemodiálise 31 doentes (7%). Os 88 doentes encontram-se em programa de hemodiálise nos Centros de Hemodiálise da área de referência do CHLN – HSM.

A inexistência de feedback entre a instituição hospitalar e os centros de hemodiálise sobre dados clínicos e diagnósticos e intervenções de enfermagem estiveram na génese da nossa reflexão e intervenção.

Pretendemos discutir entre pares o tipo de informação em enfermagem que consideramos relevante partilhar entre os dois contextos (hospital e clínicas de hemodiálise) visando a partilha de saberes.

⁹⁸ Enfermeira chefe do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do CHLN-HSM.

⁹⁹ Enfermeira de Cuidados Gerais do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do CHLN-HSM.

¹⁰⁰ Enfermeira de Cuidados Gerais do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do CHLN-HSM.

¹⁰¹ Enfermeiro de Cuidados Gerais do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do CHLN-HSM

¹⁰² Enfermeira de Cuidados Gerais do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do CHLN-HSM

COMUNICAÇÕES LIVRES

Descritores: Informação; Registos de enfermagem; Qualidade dos cuidados de enfermagem; Continuidade de cuidados.

Introdução: Começa-se por perguntar: que significado poderá ter, do ponto de vista da continuidade dos cuidados, a partilha de informação para as instituições de saúde e para cada indivíduo?

A literatura (Tareco, 2015; Mota & Pereira, 2014; Monteiro, 2014), oferece uma noção da relevância do fenómeno no âmbito da segurança e qualidade dos cuidados. Porém, questiona-se: que avaliação fazer do fenómeno?

Em seguida procura-se delimitar e caracterizar a importância da partilha de informação entre instituições de saúde, em particular entre a instituição hospitalar e as clínicas de hemodiálise.

Em 2006, Sousa desenvolveu um sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde e, desde então, numerosos estudos têm evidenciado a importância das aplicações informáticas na partilha de informação entre profissionais de saúde e entre instituições.

Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros afirmava a relevância dos registos de enfermagem informatizados na qualidade e continuidade dos cuidados, defendendo que as aplicações informáticas deveriam contemplar a documentação da prática de enfermagem, o que atualmente sucede.

De facto, todas as instituições de saúde dispõem de aplicações informáticas e os registos produzidos são em suporte informático. No entanto, verifica-se na nossa prática clínica que na transição hospital/clínica de hemodiálise e vice-versa, a informação partilhada entre as instituições no que respeita aos vários cuidados inerentes à pessoa com doença renal crónica sob hemodiálise é praticamente inexistente.

Parte-se de dois cenários em que se contempla dois tipos de situações: a transição da pessoa do hospital para a clínica de hemodiálise, em que é partilhada a informação e a situação inversa.

A segunda situação, é incontestavelmente aquela que os enfermeiros combatem e que procuram erradicar das suas práticas.

O discurso sobre as consequências de tal prática arrasta para a arena todas as sensibilidades profissionais, defendendo-se plenamente a ideia de que a situação não só é inaceitável como deverá ser substituída pela lógica da informação.

É assim que nasceu o nosso projeto.

Elaborar uma folha de registo numa primeira fase em suporte de papel e, posteriormente, em suporte informático disponível numa plataforma comum é o objetivo, no sentido de

COMUNICAÇÕES LIVRES

se garantir a segurança do doente e se estabelecer uma relação estreita entre o nosso serviço e os centros de hemodiálise para onde os doentes são encaminhados.

A partilha de informação é uma das atividades mais importantes para os cuidados de enfermagem, influenciando os decisores estratégicos e a articulação entre as práticas individuais. É a simbiose entre diferentes tipos de realidade, uma característica essencial nos tempos que vivemos.

Método: O projeto encontra-se ainda numa fase embrionária e tem por objetivos: Criar uma folha de registos que contemple os principais aspetos a considerar na pessoa que faz hemodiálise; Testar a folha durante um período de seis meses; Avaliar a sua eficiência e eficácia na partilha de informação; Criar uma plataforma informática que faculte a partilha de informação entre o hospital e as clínicas de hemodiálise parceiras.

Tipo de estudo: Estudo descritivo e exploratório.

Amostra: A população alvo do projeto são os enfermeiros que exercem funções nas clínicas de hemodiálise da área de referência do CHLN-HSM.

Instrumento: Folha de registo.

Contexto do estudo: O Departamento de Nefrologia do CHLN- HSM é constituído por três serviços: Serviço de Internamento, Unidade de Diálise e Unidade de Transplantação Renal.

Os três serviços funcionam em articulação, embora com gestão própria. O diretor de serviço é comum às três unidades. Os médicos estão alocados a cada um dos setores, respetivamente.

O serviço de internamento tem capacidade para 17 doentes.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte drena para os seguintes centros de hemodiálise: Centro de Hemodiálise da Cruz Vermelha Portuguesa; Centros de Hemodiálise do Lumiar (2); Centro de Hemodiálise de Loures; Centro de Hemodiálise de Odivelas; Centro de Hemodiálise de Santarém; Centros de Hemodiálise de Torres Vedras (2); Centro de Hemodiálise das Gaeiras.

No ano de 2015, e de acordo com a casuística do serviço, foram admitidos 455 doentes. Desses 455 doentes, 57 foram internados devido a uma condição associada ao acesso vascular, nomeadamente: Infeção do local do acesso (23 casos); Perda de acesso vascular (34 casos).

Registaram-se ainda internamentos devido a: Hematoma no local da prótese ou da fístula arteriovenosa (10 casos); Falhas consecutivas de débito no decorrer da sessão de hemodiálise (20 casos); bem como indução dialítica a 31 doentes.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Os 77 doentes renais crónicos encontravam-se em programa crónico de hemodiálise nos centros de hemodiálise da área de referência do CHLN, e os 31 doentes que induziram diálise forma distribuídos para os respetivos centros de acordo com a sua área de residência.

A transição regular destes doentes da comunidade para o hospital e vice-versa levou a uma reflexão sobre a necessidade de se criar uma folha de registo que nos facultasse dados essenciais sobre a situação clínica do doente no que respeita ao tratamento dialítico.

Verificou-se que cerca de 80% dos doentes não traziam qualquer informação relativa ao acesso vascular (tipo de acesso, data de construção do acesso, problema detetado, data de substituição do cateter, etc.), data da última sessão de hemodiálise, registo do número de infeções, registo dos microrganismos identificados, tratamento em curso, grau de adesão ao tratamento, reações ocorridas no decorrer da sessão de hemodiálise, entre outras.

A maior parte da informação foi-nos fornecida pelos médicos, porquanto na maioria das vezes os doentes fazem tratamento nos centros de hemodiálise onde trabalham.

Relativamente ao doente que inicia diálise existe identicamente falha na comunicação da informação. Frequentemente o doente sai do serviço sem o registo de quando foi realizado o acesso vascular, a localização e tipo de acesso, quando deverá retirar os pontos, o tempo necessário ao processo de maturação do acesso. A data de substituição do cateter de hemodiálise, como decorreu o procedimento, se realizou ou não sessão de diálise após a resolução do problema (no caso de desobstrução do cateter ou de substituição), ensinamentos efetuados sobre os cuidados a ter com o acesso, a data da última sessão de diálise, reação à indução, entre outros.

Cada doente com alta hospitalar leva consigo a carta de alta de enfermagem contendo alguns destes registos, mas o que se preconiza é um registo próprio, de fácil leitura e com informação específica.

O objetivo é focar a atenção do enfermeiro da hemodiálise na informação essencial e evitar que se perca num conjunto de informação que, embora importante, não é relevante para aquele contexto. Por outro lado, pretende-se que num espaço de tempo curto o enfermeiro de hemodiálise aceda rapidamente à informação importante. Assim sendo, apresenta-se o nosso instrumento – folha de registo de hemodiálise.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Folha de registo de Hemodiálise

Identificação do doente:

Médico:

Idade: _____

Serologias:

- VHB
- VHC
- VIH

Antecedentes Pessoais relevantes: _____

Data de início de HD: ____/____/____ N.º de sessões realizadas: _____

Peso seco estabelecido: _____ Kg

Peso à entrada da sessão: _____ Kg

Intercorrências intra-dialíticas mais recorrentes: _____

Data da última sessão: ____/____/____

COMUNICAÇÕES LIVRES

Tipo de acesso para hemodiálise:

- FAV
 Prótese
 Cateter

Cuidados com o acesso:

- Sim
Não

Data de colocação do cateter: _____ / _____ / _____

Localização: _____

Intercorrências: _____

Data de Substituição do cateter: _____ / _____ / _____

Localização: _____

Intercorrências: _____

Cuidados com o acesso:

- Sim
Não

Identificação do doente

Médico: _____

Data de criação da Prótese/FAV: _____ / _____ / _____

Localização: _____

Médico: _____

COMUNICAÇÕES LIVRES

Tipo de acesso programado:

- FAV
- Prótese

Local da Cirurgia: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____

Médico: _____

Membro que não pode utilizar: _____

Razão de deslocação ao hospital:

Infecção do Acesso/FAV/Cateter Microrganismo: _____

Obstrução

Falhas de débito

Outras. Especificar:

Antibioterapia:

Sim N.º dias: _____

Nome dos AB: _____

Não

Sim Especificar: _____

Ensinos realizados: _____

Rede social de apoio: _____

COMUNICAÇÕES LIVRES

Grau de adesão

Alto

Elevado Baixo. Especificar:

Tipo de adesão:

Alimentação Sim Não

Ingestão Hídrica Sim Não

Medicação Sim Não

Outros. Especificar: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Enfermeiro:

Considerações Finais

A partilha de informação é um requisito essencial para o sucesso dos cuidados em saúde, constituindo um elemento importante na qualidade e segurança dos cuidados.

Pretende-se, neste trabalho, discutir com os pares a folha de registos e o conteúdo informativo que deve contemplar.

Considera-se que o desenvolvimento de um sistema de registo em suporte de papel e, posteriormente, em suporte informático integrado numa plataforma em rede que auxilie na transmissão da informação entre o serviço e os centros de hemodiálise é uma tarefa complexa e antevê-se um percurso desafiante.

Não se duvida que, ultrapassadas essas dificuldades, a consecução deste projeto represente uma mais-valia para os enfermeiros e para o doente. O projeto permite aos enfermeiros partilhar o que sabem e o que fazem, diminuindo o erro e garantindo ao doente a continuidade dos cuidados, qualidade e segurança.

Bibliografia

Azevedo, P.M.D. da S. (2012). Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em RCAAP.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Martinho, C.T. (2015). Adesão terapêutico: um passo para uma transição saudável. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível no RCAAP.

Mota, L.A.N. da; Pereira, F.M.S. (2014). Sistemas de Informação em Enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 85-91

Monteiro, C. C. S. (2014). O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Disponível em: file:///C:/Users/14879/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MPA%20-%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20P%C3%BAblica-C%3%A9lia%20Monteiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de Informação de Enfermagem: Princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Sousa, P.A.F. de; Frade, M.H.B.C.; Mendonça, D.M. de M.V. de (2006). Um modelo de organização e partilha de informação entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 368-381.

Tareco, E.S. (2015). Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática. (Dissertação de Mestrado em Gestão). Algarve: Universidade do Algarve – Faculdade de Economia.

A sexualidade na adolescente vítima de abuso sexual na idade escolar

Mário Cardoso¹⁰³ | Ana Filipa Duarte¹⁰⁴ | Carolina Silva¹⁰⁵ | Joana Rita Castro¹⁰⁶
Mariana Carvalho¹⁰⁷

O abuso sexual durante a idade escolar tem sido referenciado como um marco traumático na vida das crianças, traduzindo-se em consequências imediatas e tardias (*World Health Organization*, 2003). Tendo em conta que é na adolescência que se inicia a sexualidade e as relações de intimidade, algumas das consequências tardias aumentam o seu impacto, levando muitas vezes a distúrbios na sexualidade da adolescente (*Traen and Sorensen*, 2008).

Este trabalho pretende identificar os cuidados de enfermagem com a adolescente vítima de abuso sexual na idade escolar que pretende iniciar a sua vida sexual. Para tal, foi feita pesquisa bibliográfica específica sobre o tema e sobre os diagnósticos de enfermagem identificados em livros de referência e através da base de dados EBSCO.

A nossa pesquisa, que teve como base a teoria de Finkelhor & Brown (1985), corroborada ao longo dos últimos anos por vários autores, salientou como problemas de enfermagem envolvidos na sexualidade destes adolescentes: o aumento do risco de gravidez precoce; o aumento do risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST]; o deficit de conhecimento sobre a sexualidade (incluindo a existência de falsas crenças); o autoconceito prejudicado; a diminuição da capacidade de se relacionar com os pares e, contrapondo; o aumento da vulnerabilidade para a re-vitimização e o medo. De cada um destes diagnósticos emergem intervenções específicas que pretendem promover uma sexualidade saudável na adolescente.

Descritores: Abuso Sexual; Sexualidade; Cuidados de Enfermagem; Adolescente; Idade Escolar.

¹⁰³ Professor Adjunto ESEL (mmcardoso@esel.pt).

¹⁰⁴ Enfermeira do Centro de Terceira Idade de Gondemaria (filipaduarte9.fd@gmail.com).

¹⁰⁵ Enfermeira da Clínica de S. João de Deus (carolinareissilva@hotmail.com).

¹⁰⁶ Enfermeira no Hospital da Luz (joanaritampc@gmail.com)

¹⁰⁷ Enfermeira na Nursing Home Anovacare (mmc.marianacarvalho@gmail.com).

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º DIA | 11 novembro | 09h30 – 10h30

Anfiteatro

Moderador: **Miguel Serra**¹⁰⁸

A segurança do doente pediátrico em situação crítica: intervenção especializada do enfermeiro

Andreia Amaral¹⁰⁹

Introdução: A população pediátrica é particularmente suscetível à ocorrência do erro terapêutico, sendo cruciais atividades que melhorem a comunicação em equipa e os conhecimentos dos profissionais acerca das drogas, bem como promovam uma maior consciencialização dos riscos existentes, evitando incidentes que podem ser prejudiciais para os doentes e promovendo, assim, maior segurança e qualidade dos cuidados. Este resumo objetiva partilhar o conhecimento acerca das intervenções de enfermagem especializadas promotoras de maior segurança do doente pediátrico em situação crítica.

Método: Revisão integrativa da literatura partindo da questão de investigação “quais as intervenções de enfermagem especializadas promotoras de maior segurança do doente pediátrico em situações crítica?”. A pesquisa bibliográfica foi efetuada no motor de busca EBSCO (bases de dados *Medline e Cinahl*), introduzindo-se os principais descritores (*pediatric nurse practitioners, medication errors, safety, emergency medicine*) conforme a mnemónica PCC. Foram utilizados os operadores booleanos or e and e selecionados os artigos dos últimos 5 anos.

Conclusões: Os serviços de urgência são áreas de risco aumentado no que concerne a erros de medicação, pelo cuidado simultâneo a um aglomerado de crianças doentes, pelas frequentes interrupções e pela ocorrência de diagnósticos críticos com informação limitada sobre os doentes. São, portanto, cruciais estratégias que garantam o uso seguro dos medicamentos, como é exemplo a fita pediátrica e o carro de emergência de *Broselow*, codificados por cores de acordo com o comprimento e peso estimado para cada criança. Tais estratégias implicarão mudanças organizacionais e comportamentais.

A comunicação é um outro fator de topo na ocorrência de erros de medicação. A *Joint Commition* esclarece que é fulcral a atenção aos detalhes, sendo a comunicação efetiva um componente fulcral à prática de enfermagem. Os treinos regulares em equipa promovem maior segurança nos profissionais quando da prestação de cuidados críticos, sendo uma estratégia promotora de maior qualidade dos cuidados.

¹⁰⁸ Enfermeiro

¹⁰⁹ Enfermeira do Hospital Vila Franca de Xira (andreia.enf4@gmail.com).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Bibliografia

Alagha, H. Z., Badary, O. A., Ibrahim, H. M., & Sabri, N. A. (2011). Reducing prescribing errors in the paediatric intensive care unit: an experience from Egypt. *Acta Paediatrica* 100(10), e169–e174.

Depinet, H. E., Iyer, S. B., Hornung, R., Timm, N. L., & Byczkowski, T. L. (2014). The effect of emergency department crowding on reassessment of children with critically abnormal vital signs. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1116–1121.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República II Série*, nº 28 (10/2/2015). 3882-(2)- 3883-(10)

Dowson, A., Russ, S., Sevdaiis, N., Cooper, M., & Munter, C. De. (2013). How in situ simulation affects paediatric nurses' clinical confidence. *British Journal Of Nursing*, 22(11), 610.

Descritores: Pediatric-nurse; Medication-errors; Safety.

Estruturação da consulta de enfermagem de acompanhamento ao sobrevivente a TAPH

Marta Correia¹¹⁰

A sobrevivência da doença oncológica é uma área de conhecimento em expansão, embora hajam ainda algumas lacunas no que diz respeito ao entendimento sobre os problemas dos sobreviventes, linhas orientadoras e planos estratégicos para esse período.

Os enfermeiros, pela sua proximidade com os sobreviventes de doença oncológica, encontram-se numa posição estratégica para criar, implementar e validar medidas de apoio ao sobrevivente, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

Com este trabalho pretende-se mostrar o percurso desenvolvido na aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, enquadradas na área de Oncologia. Pretende-se também mostrar a evolução para enfermeira especialista com competência iniciada avançada, no acompanhamento aos sobreviventes a transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos (TAPH).

O desenvolvimento dessas competências foi conseguido através de uma revisão da literatura e dos estágios. Os estágios envolveram a observação e a colheita de dados sobre os temas, problemas e intervenções de enfermagem aos sobreviventes. Foram discutidas as observações, efetuadas análises quantitativa e qualitativa dos dados e foram elaboradas reflexões sobre o acompanhamento de sobreviventes a doença oncológica. Finalmente, foi desenhada a estrutura da Consulta de Enfermagem de Acompanhamento ao Sobrevivente a TAPH, elaborado o manual da consulta e realizada formação aos enfermeiros do hospital de dia.

No futuro, após implementação da consulta, pretende-se avaliar o seu impacto na qualidade da assistência de enfermagem aos sobreviventes a TAPH e dar visibilidade ao papel do enfermeiro no fenómeno de transição da sobrevivência após TAPH.

Bibliografia

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.

Burkhart, M., Wade, J., & Lesperance, V. (2013). Evidence-Based Guideline Recommendations: Post-Hematopietic Stem Cell Transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), E63–E67. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24080061>

¹¹⁰ Enfermeira do IPOFG Lisboa EPE; Estudante do 6º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ramo de Enfermagem Oncológica da ESEL.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Children's Oncology Group. (2013). Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer Long-Term Follow-Up Guidelines, Version 4.0. Obtido de www.survivorshipguidelines.org

EONS. (2013). Cancer Nursing Curriculum 2013, Education. (EONS, Ed.). Brussels: EONS. Obtido de <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

OE. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

OE. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Descritores: Enfermeiro especialista; Enfermagem oncológica; Acompanhamento ao sobrevivente; Transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos.

Cuidar (com) Género: uma oportunidade para refletir na formação em enfermagem

Maria Madalena Salgado de Oliveira¹¹¹

Partindo das múltiplas experiências vividas na prática clínica e no ensino de enfermagem, as questões de género surgem como interpelações constantes ao longo desta caminhada e consubstanciam esta reflexão teórica.

O género é um importante marcador social e um determinante em saúde que interfere no processo saúde-doença, sendo frequentemente promotor de desigualdades no acesso, na promoção e na educação para a saúde de meninas e meninos, rapazes e raparigas, homens e mulheres em todo o mundo.

Atualmente assume-se a pluralidade do conceito, tendo-se quebrado a clássica dicotomia entre o masculino e o feminino. Contudo, ainda persistem múltiplos estereótipos de género, os quais condicionam o comportamento individual nas várias dimensões da vida, incluindo a saúde e a educação.

Sensibilizar para a necessidade de explorar estes conceitos na formação dos enfermeir@s e promover a reflexão sobre as implicações do género no cuidado em enfermagem, são objetivos da presente comunicação.

A Saúde Sexual e Reprodutiva, surge como uma área privilegiada a partir da qual se exploram e propõem cuidados sensíveis ao género.

Um ponto de partida que constitui uma oportunidade para a reflexão partilhada!

Bibliografia

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. (2012). Guião de Educação Género e Cidadania. Lisboa: CIG

Laranjeira, A. R., Marques, A. M., Soares, C, & Prazeres, V. (Coord) (2008). Saúde, sexo e género: Factos, representações e desafios. Lisboa: DGS.

Resolução Do Conselho De Ministros N.º 103/2013 de 31 De dezembro (2013). V Plano Nacional Para A Igualdade De Género, Cidadania E Não - Discriminação 2014 -2017, Aprovado pelo DR 253, I Série, de 31 de dezembro de 2013.

Descritores: Género, Cuidar, Saúde Sexual e Reprodutiva

¹¹¹ Professora Adjunta ESEL (mmoliveira@esel.pt).

Contributo de uma intervenção de enfermagem na sobrecarga do cuidador familiar do idoso com dependência

Laura Viegas¹¹²

Introdução: O aumento crescente da esperança de vida, leva ao aumento de doença, incapacidade e dependência, com elevados custos para família e sociedade (Fernandes, A., 2014).

A investigação evidencia que a intervenção individualizada, baseada na educação e treino de habilidades ajuda o cuidador (CF) a gerir os desafios do *caregiving* com resultados para ele e pessoa cuidada (*American National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*, 2016).

O serviço de enfermagem é, por excelência o ponto charneira de recurso das famílias, perante as dificuldades que encontram para manter em casa um dos seus e cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida, tanto para as pessoas cuidadas como para as famílias (*Collière*, 2003).

Objetivo: Avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem baseada num programa psicoeducativo de gestão do stresse, na diminuição da sobrecarga do CF.

Método: Estudo Quase-experimental, desenho antes-após de grupo único. Amostra (n=32) CF idosos que recebiam em casa cuidados de enfermagem proporcionados pelas UCC de um ACES.

Recolha de dados: Questionário e Escala de Sobrecarga do CF.

Pré-intervenção

- Aplicação dos instrumentos aos CF.I

Intervenção

- CF recebeu orientação, pelo enfermeiro (programa psicoeducativo de gestão do stresse - 5 visitas de 30-45min).

Pós-intervenção

- Aplicação dos instrumentos 2 meses depois.

¹¹² Mestre em Psicologia Clínica. Professora Adjunta ESEL.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Resultados: A intervenção de enfermagem mostrou diminuição do nível de sobrecarga da Pré-intervenção para Pós-intervenção, de intensa (Média= 59.28; D.P.= 14.11) para ligeira (Média= 53.93; D.P.=14.37), com diferenças estatisticamente significativas para $P < 0.05$ ($t = 2.26$, $p = 0.03$).

Conclusão: A intervenção dos enfermeiros no *caregiving* tem repercussões na melhoria do bem-estar do cuidador.

Bibliografia

Ducharme, F.; Trudeau, D. & Ward, J. (2008). Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile. Montréal: I.U. de Gériatrie de Montréal.

Descritores: Intervenção de enfermagem; Sobrecarga do cuidador familiar; Gestão do stresse.

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º DIA | 11 novembro | 11h00 – 12h00

Anfiteatro

Moderador: **Nelson Lino**¹¹³

A consulta pré-operatória: impacto no regresso a casa da pessoa com cirurgia da coluna

Daniela Costa¹¹⁴ | **Soraia Louro**¹¹⁵ | **Cristina Lavareda Baixinho**¹¹⁶ | **Óscar Ferreira**¹¹⁷

Introdução: Um diagnóstico de hérnia discal traz, implicitamente, um conjunto de medos relacionado com a cirurgia e complicações associadas. A maioria das pessoas que vai efetuar uma cirurgia à coluna, chega ao hospital na véspera da cirurgia, ansiosa, com dúvidas por esclarecer e medo de ficar com a mobilidade comprometida. A cirurgia desencadeia alterações na capacidade para o autocuidado, as quais se vão manter no pós-alta. Como tal, durante o internamento, importa promover a funcionalidade no regresso a casa através de um processo de ensino a iniciar logo na consulta pré-operatória.

São objetivos deste estudo: descrever os benefícios da consulta pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia da coluna e identificar modelos de consulta.

Método: Através de uma revisão integrativa da literatura pretendemos responder à questão de investigação: “Qual o impacto da consulta pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia da coluna?”. Para tal foi elaborado um protocolo de investigação, com a definição dos critérios de inclusão/exclusão de estudos primários e descritores, com a finalidade de orientar a pesquisa e facilitar a comparação dos trabalhos.

Resultados: Os estudos primários constituintes da amostra bibliográfica permitiram responder à questão levantada. A consulta pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia da coluna, para além de diminuir o stress pré-operatório, promove a independência para o autocuidado no período pós-operatório, diminui o tempo de internamento e permite que a pessoa regresse a casa com maior capacidade funcional. Alguns estudos sugerem, ainda, que a educação pré-operatória pode ter uma influência positiva na redução da ansiedade, da dor e na satisfação do cliente (Papanastassiou et al, 2011). 2

¹¹³ Enfermeiro do Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital Vila Franca de Xira.

¹¹⁴ Enfermeira ESEL (danielaanaisacosta@campus.esel.pt).

¹¹⁵ Enfermeira ESEL (soraia.ml.94@hotmail.com).

¹¹⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta ESEL.

¹¹⁷ Doutor em História da Educação; Prof. Adjunto ESEL (oferreira@esel.pt).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Conclusões: Os resultados apontam para que a consulta pré-operatória beneficia várias dimensões, recomendam a implementação e realização dessa consulta em equipa multidisciplinar e a necessidade da investigação avaliar o seu impacto na funcionalidade pós-alta.

Bibliografia

Papanastassiou, I; Anderson, R.; Barber, N.; Canover, C. & Castellvi, A. E. (2011). Effects of preoperative education on spinal surgery patients. *SAS Journal*, 5: 120-124.

Descritores: Clientes; Lesões da coluna vertebral; Cirurgia geral; Cuidados pré-operatórios; Educação para a saúde.

Intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da pessoa submetida a cirurgia da coluna

Daniela Anaísa Costa¹¹⁸ | Sorais Mendes Louro¹¹⁹ | Óscar Ferreira¹²⁰
Cristina Lavareda Baixinho¹²¹ | Otília Mendes¹²² | Edite Ferreira¹²³

Introdução: A incidência e a prevalência de lesão osteoarticular da coluna são elevadas, atingindo predominantemente pessoas em idade ativa. As hérnias discais têm indicação cirúrgica. Após cirurgia, o autocuidado pode ficar comprometido e há necessidade de aprender a realizar as atividades de vida diária de forma a promover a funcionalidade e evitar complicações pós-operatórias.

São objetivos desta revisão alargada da literatura: descrever as intervenções promotoras da mestria na transição de saúde-doença no pós-operatório imediato e identificar os cuidados de enfermagem promotores do restabelecimento funcional da pessoa submetida a cirurgia da coluna no regresso a casa.

Método: Revisão da literatura para responder à questão “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade na pessoa submetida a cirurgia da coluna? Efetuou-se uma revisão da literatura utilizando os descritores: spinal disc herniation, discectomy, preoperative care e health education, para a pesquisa nos seguintes motores de busca: EBSCO; ISI, SCOPUS e B-on.

Resultados: Os resultados desta pesquisa apontam para que a preparação pré-operatória com informação sobre o tipo de cirurgia, alterações no autocuidado e estratégias promotoras do autocuidado tem um impacto positivo na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia da coluna.

No pós-operatório imediato as equipas têm de apostar numa filosofia de cuidados promotoras da independência, com enfoque no levante precoce e mobilização dos membros, instrução, monitorização e avaliação da realização dos diferentes autocuidados e capacitação do familiar cuidador.

Conclusões: As intervenções que promovem o autocuidado, sobretudo a capacidade de marcha e toda a mobilidade influenciam a independência no pós-operatório.

O resultado desta pesquisa aponta para que a capacidade de andar independentemente e sem ajudas técnicas seja o melhor preditor da evolução da funcionalidade no regresso a casa.

¹¹⁸ Enfermeira ESEL (danielaanaisacosta@campus.esel.pt).

¹¹⁹ Enfermeira ESEL (soraia.ml.94@hotmail.com).

¹²⁰ Doutor em História da Educação; Prof. Adjunto ESEL (oferreira@esel.pt).

¹²¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta ESEL.

¹²² Enfermeira Chefe; Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital Vila Franca de Xira.

¹²³ Enfermeira Especialista de Reabilitação; Serviço de Especialidades Cirúrgicas do Hospital Vila Franca de Xira.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Bibliografia

Papanastassiou, I; Anderson, R.; Barber, N.; Canover, C. & Castellvi, A. E. (2011). Effects of preoperative education on spinal surgery patients. *SAS Journal*, 5, 120-124.

AbuSalah, A.; Melton, G. & Adam, T. (2012). Patient-Specific Outcomes Assessment Using Population-Based Data Analysis for Risk Model Development. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 1089 – 1098

Descritores: Hérnias discais; Discectomia; Cuidados pré-operatórios; Educação para a saúde.

Transição segura hospital-comunidade: intervenções de enfermagem nos idosos com risco de queda

Maria Inês Teles¹²⁴ | Ana Rita Guimarães¹²⁵ | Soraia Fernandes¹²⁶

Introdução: O aumento da prevalência de quedas numa população que está a envelhecer faz prever que este problema de saúde pública tenha uma maior dimensão e repercussão no processo de envelhecer ativa e saudavelmente. Tendo em conta que este é um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, torna-se imprescindível que os enfermeiros desenvolvam na sua prática clínica intervenções que promovam uma transição segura hospital-comunidade que previna a sua ocorrência.

Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem cuja evidência permita prevenir quedas na pessoa idosa a vivenciar a transição hospital-comunidade e prescrever orientações para a prática clínica do enfermeiro para promover uma transição do hospital para a comunidade em segurança com diminuição dos incidentes/acidentes que resultam em queda.

Método: Com vista a responder à questão de pesquisa: “Quais as intervenções de Enfermagem para prevenir a queda após a alta hospitalar na pessoa idosa com risco ou queda durante o internamento?” efetuou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, seguindo um protocolo pré-definido com critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários.

Resultados: A análise e síntese dos 30 estudos constituintes da amostra bibliográfica permitiu identificar as intervenções com eficácia na prevenção de quedas na transição do hospital-comunidade. Estas prendem-se com a realização de uma avaliação do risco de queda, identificação dos fatores de risco de queda, implementação de intervenções multifatoriais e articulação com os enfermeiros da comunidade para que se garanta a continuidade da prestação de cuidados.

Conclusões: Um plano de cuidados que promova a transição segura do hospital para a comunidade implica que a organização e a articulação de contextos de prestação de cuidados de Enfermagem estejam preparados e vinculados a um projeto comum, que promovam a funcionalidade, independência e a transição segura do cliente idoso com risco de queda do hospital para a comunidade.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Queda; Transição; Segurança.

¹²⁴ Enfermeira ESEL (mariaines_teles@hotmail.com).

¹²⁵ Enfermeira ESEL (anaguimaraes@campus.esel.pt).

¹²⁶ Enfermeira ESEL (soraia@campus.esel.pt).

Transição hospital-eternidade na Lisboa de 1620 na obra de Frei Nicolau D`Oliveira

Óscar Ferreira¹²⁷ | Luís Lisboa Santos¹²⁸ | Cristina Lavareda Baixinho¹²⁹
Isabel Ferraz Pereira¹³⁰ | Helga Rafael Henriques¹³¹ | Viriato Moreira¹³²

Introdução: O quotidiano impregnado de religiosidade no Portugal do séc. XVII repercutia-se também nas instituições de assistência, nomeadamente nos Hospitais de então, de que o Hospital Real de Todos os Santos, em 1620 gerido pela Misericórdia de Lisboa, era um exemplo. Silva (2014) refere que, naquela época, “em Portugal, a assistência aos doentes em meio hospitalar entrecruza-se com a tradição católica, quer através do papel desempenhado pelas Misericórdias no sistema de saúde, quer através da presença de várias ordens religiosas” (p. 63).

De fato assim era. Disso nos dá notícia Frei Nicolau D`oliveira em 1620 na sua obra Livro das Grandezas de Lisboa, onde no quinto tratado (fl.118ft – fl.135vs), apresenta o Hospital Real de Todos os Santos (HRTS), e de alguma forma descreve o seu quotidiano onde se desvelam as práticas e rituais religiosos a que eram submetidos os doentes desde a admissão, até depois do seu falecimento.

Objetivos: Identificar o movimento de doentes no Hospital Real de Todos os Santos entre 1616 e 1617.

Compreender o quotidiano espiritual/religioso dos doentes admitidos no Hospital Real de Todos os Santos entre 1616 e 1617.

Compreender como era efetuada a preparação espiritual dos doentes para a eternidade.

Método: Método histórico, tendo como fonte principal a obra de Nicolau D`oliveira (1620).

Resultados: Entre 1 de novembro de 1616 e 1 de novembro de 1617, foram admitidos 3026 doentes, mais 200 enjeitados. Faleceram 620 (20,5%). Tiveram alta 2151 (71,1%), ficando internados 255.

Do pessoal do hospital faziam parte 20 religiosos, (quase tantos quanto os enfermeiros), dois dos quais, desde 1610, ajudavam os enfermos a bem morrer. Na obra de D`oliveira (1620) identifica-se claramente o percurso dos doentes no

HRTS desde a admissão até ao óbito e os rituais religiosos a que eram submetidos.

¹²⁷ Doutor em História da Educação. Professor Adjunto ESEL.

¹²⁸ Doutor em História da Enfermagem. Professor Adjunto ESEFSM.

¹²⁹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta ESEL.

¹³⁰ Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora ESEL.

¹³¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta ESEL.

¹³² Mestre em Enfermagem. Professor Coordenador ESEL Aposentado.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Conclusões: Nos inícios do século XVII, em Portugal, a igreja detinha forte influência, a qual se refletia no quotidiano do povo e na forma como manifestava a sua espiritualidade, fortemente intensificada pela Reforma Tridentina (Marques, 1983). Desta forma, a religião impregnava a sociedade e as suas práticas, inclusive as hospitalares. Nessa época em Lisboa, no Hospital Real de Todos os Santos, o doente admitido era num primeiro momento colocado na igreja, onde se confessava junto de um padre o qual seguidamente lhe ministrava o Santíssimo Sacramento. Após este ritual seguia para a enfermaria da doença que os médicos lhe haviam diagnosticado. Aí, para além dos cuidados prestados pelos enfermeiros, ouvia missa pelo menos aos domingos e dias santos, comungava sempre que desejava e era acompanhado por dois religiosos da agonia que o ajudavam a bem morrer se fosse esse o caso. Após o óbito era ao hospital que competia providenciar o enterro. Para isso possuía cemitério próprio e recursos humanos que se encarregavam desse piedoso ato. Também na igreja do hospital os capelães que aí oficiavam, rezavam missa pelos defuntos que haviam falecido na instituição (uma missa por cada óbito) e todas as segundas feiras cantavam missa pelos que morreriam nessa semana. Tais práticas eram comuns noutros hospitais geridos pelas Misericórdias, mesmo os mais pequenos, tal como o “Hospital da Casa” de Ponte de Lima (Araújo, 2006).

Bibliografia e Fontes

Araújo, M. M. L. (2006). Os hospitais de Ponte de Lima na era pré-industrial. In Sep. do livro de actas do XVIII Seminário Internacional sobre Participação, Saúde e Solidariedade - Riscos e Desafios (pp. 481-492). Braga: [s.n.].

D´oliveira, N. (1620). Livro das grandezas de Lisboa. Lisboa: Impresso por Iorge Rodrigues. 190fls.

Marques, J. F. (1983). A parenética portuguesa e a Restauração 1640-1668. A revolta e a mentalidade, Vol. I. Porto: Dissertação de Doutoramento em História Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Silva, H. (2014). Influências estrangeiras nos hospitais portugueses: o caso da enfermagem religiosa (Finais do séc. XIX). CEM, Cultura, Espaço e Memória, CITCEM, 5: 63-75.

Descritores: Idade Moderna; História dos Hospitais; Religiosidade; Transição.

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º DIA | 11 novembro | 14h00 – 15h00

Anfiteatro

Moderador: **Ricardo Dias**¹³³

Optimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total - Intervenções de enfermagem especializadas no período pré-operatório

Ana Frade¹³⁴

Introdução: “A Laringectomia Total (LT) é um procedimento cirúrgico radical, complexo utilizado no tratamento curativo do carcinoma avançado de laringe” (Bickford, Coveney, Baker & Hersh, 2013, p.324). Entre outras alterações, as pessoas submetidas a LT experienciam complexos e frustrantes problemas de comunicação no pós-operatório, decorrentes da perda da voz provocada pela ressecção completa da laringe (Happ et al., 2004; Haggood, 2000). O comprometimento da comunicação pode resultar numa sensação de perda do self; perda de relações interpessoais; perdas de bens materiais; frustração; depressão e isolamento (Fox & Rau, 2011; Magrin & Kowalski, 2003). No pós-operatório os clientes elegem como estratégias de comunicação os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mimica labial, podendo estas estratégias incorrer em insatisfação e falta de consistência (Happ et al., 2004; Rodriguez & Blischarck, 2010). Neste sentido, de forma a otimizar a comunicação, “o uso de estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação (por exemplo: dispositivos geradores de fala) e o fornecimento de métodos consistentes de comunicação devem ser explorados, particularmente os que podem ser adaptados para irem ao encontro das necessidades individuais dos clientes que não conseguem falar no pós-operatório” (Rodriguez & Blischarck, 2010, p. 115). Cabe aos Enfermeiros desenvolverem intervenções de Enfermagem individualizadas que promovam a reabilitação, a adaptação e o bem-estar de cada pessoa. Estudos referem que há necessidade de investir na formação dos Enfermeiros, no sentido de colmatar métodos de comunicação inconsistente e estarem mais atentos para a utilização de estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação. (Happ et al., 2004; Rodriguez & Blischarck, 2010). Justifica-se então, desenvolver um projeto com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem promotores de uma comunicação eficaz na pessoa submetida a LT, no período peri-operatório, que irá, conseqüentemente, facilitar a adaptação, melhorar a qualidade de vida e otimizar a transição hospital-comunidade do cliente.

¹³³ Enfermeiro do Hospital Vila Franca de Xira.

¹³⁴ Enfermeira do IPOFG Lisboa EPE; Estudante do 7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ramo de Enfermagem Oncológica da ESEL (inesfrade9@hotmail.com).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Objetivos gerais:

1. Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da otimização da comunicação na pessoa com comunicação comprometida, com vista à melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem promotores de uma comunicação eficaz, na pessoa submetida a LT;
2. Promover a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, no âmbito da otimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a LT, no período peri-operatório.

Objetivos específicos:

- 1.1. Analisar a prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com comunicação comprometida;
- 1.2. Compreender as intervenções promotoras de uma comunicação eficaz, na pessoa com comunicação comprometida.
- 2.1. Sensibilizar a equipa de Enfermagem de um serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP), Otorrinolaringologia (ORL) e Endocrinologia (Endoc), para a importância de otimizar a comunicação na pessoa submetida a LT;
- 2.2. Planear intervenções de Enfermagem com o objetivo de otimizar a comunicação na pessoa submetida a LT, no período peri-operatório, num serviço de CCP, ORL e Endoc.
- 2.3. Envolver a equipa de Enfermagem na otimização da comunicação na pessoa submetida a LT, no período peri-operatório, num serviço de CCP, ORL e Endoc.

Metodologia: Scoping Review; reflexão crítica e realização de estágios em 3 contextos hospitalares diferentes.

Resultados: De modo a atingir os objetivos traçados foram escolhidos 3 campos de estágio, um dos quais é o local onde exerce funções. Assim, foi selecionado um serviço de um Centro vocacionado para a reabilitação pós-aguda de indivíduos portadores de deficiência física, motora ou multideficiência congénita e adquirida (CMRA, 2015). Embora esse Centro não tenha como população alvo a pessoa submetida a LT, é uma instituição de referência na promoção da otimização da comunicação nas pessoas com comunicação comprometida, mediante a utilização de estratégias alternativas e/ou aumentativas de comunicação, podendo estas ser utilizadas e adaptadas à pessoa submetida a LT. Foi também selecionada uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), um serviço de excelência na assistência e ensino ao cliente, com comunicação comprometida, e sua família, sobre estratégias optimizadoras da comunicação, incluindo pessoas submetidas a LT, clientes a quem frequentemente prestam cuidados.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Conclusões: Espera-se com a implementação deste projeto desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica e promover a melhoria da qualidade dos cuidados, otimizando a comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a LT, no período peri-operatório, sensibilizando para isso a equipa de Enfermagem e planeando intervenções com esse objetivo.

Bibliografia

Baehring, E., McCorkle, R. (2012). Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), E203 – E209.

Bickford, J., Coveney, J., Baker, J., Hersh, D. (2013). Living with the altered self: A qualitative study of life after total laryngectomy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 324-333. 4

Campana, I., Goiato, M. (2013). Tumores de Cabeça e Pescoço: Epidemiologia, Fatores de Risco, Diagnóstico e Tratamento. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 34(1), 20-26.

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (2015). Visão/Missão. Acedido a 11-07-2016. Disponível em <http://cmra.pt/centro/missao/>

Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A. (2010). *Nursing Care Plans - Guidelines for Individualizing Client Care Across the life Span*. Philadelphia: David Company.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2014 (4th ed.)*. Brussels: EONS.

Favretto, D., Carvalho, E., Canini, S., Garbin, L. (2007) Comunicação verbal prejudicada: atividades empregadas vs. atividades propostas na literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2(3), 227-232.

Fox, L., Rau, M. (2001). Augmentative and alternative communication for adults following glossectomy and laryngectomy surgery. *Augmentative and Alternative Communication*, 17(3), 161–166.

Freixo, A. (2013). A importância da comunicação aumentativa/alternativa em alunos com paralisia cerebral no 1º ciclo do ensino básico. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: domínio cognitivo e motor. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.

Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. In Otto, S. (eds). *Enfermagem em Oncologia (3ª ed.)*. Loures: Lusociência.

Happ, M., Roesch, T., Kagan, S. (2004). Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery: A literature review. *Cancer Nursing*, 27(1), 1–9.

Happ, M., Roesch, T., Kagan, S. (2005). Patient communication following head and neck cancer surgery: a pilot study using electronic speech-generating devices. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1179-1187.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE (1ª ed.)*. Loures: Lusodidacta. 5

COMUNICAÇÕES LIVRES

Keough, V. (2011). Prática Baseada na Evidência. In Sheehy, S. (eds). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (6ª ed.). Lusociência: Lisboa.

Lee, M., Gibson, S., Hilari, K. (2010). Gender differences in health-related quality of life following total laryngectomy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(3), 287-294.

Magrin, J., Kowalski, L. P. (2003). Complicações das cirurgias por câncer de boca e de orofaringe. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 31(2), 45-48.

Marek, J., Boehnlein, M. (2003). Enfermagem no Pré-operatório. In Phips W., Sands J., Marek, J. (eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Matos, R., Soares, E., Castro, M., Fialho, A., Caetano, J. (2009). Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 17(2), 176-181.

Morente, J., Torres, J. (2004). *Manual del laringectomizado*. Málaga: Ediciones.

Noonan, B. Hegarty, J. (2010). The Impact of Total Laryngectomy: The Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), p. 293-301.

Olias, J. (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas e Guia de dissecação* (1ª ed.). Massamá: Círculo Médico.

Oliveira, V. (2009). *Transições de Vida em Adultos submetidos a Laringectomia Total – Implicações na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado de Educação – Especialização em Educação para a Saúde. Minho: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: OE. 6

Rodriguez, C., Blischark, D. (2010). Communication needs of nonspeaking hospitalized postoperative patients with head and neck cancer. *Applied Nursing Research*, 23(2), 110-115.

Rodriguez, C., Rowe, M. (2010). Use of a speech-generating device for hospitalized postoperative patients with head and neck cancer experiencing speechlessness. *Oncology Nursing Forum*, 37(2), 199-205.

Registo Oncológico Regional do Norte (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE.

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Roy, C., Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Sharpe, B., Hemsley, B. (2016). Improving nurse-patient communication with patients with communication impairments: hospital nurses' views on the feasibility of using mobile communication technologies. *Applied Nursing Research*, 30228-236.

Silva, L., Pinto, M., Zago, M. (2002). Assistência do Enfermeiro ao Laringectomizado no período pós-operatório. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(2), 213-221.

Ward, K., Morris, D. (2003). Princípios dos Cuidados Pós-operatórios. In Manley, K., Bellman, L. (eds). *Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada*. Loures: Lusociência.

World Health Organization (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Acedido a: 25-05-2016. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Descritores: Pessoa com cancro da laringe (*larynx cancer patient*); Laringectomia total (*total laryngectomy*); Comunicação comprometida (*impaired communication*); Cuidados de Enfermagem (*nursing care*); Estratégias alternativas e/ou aumentativas de comunicação (*alternative and/or augmentative strategies of communication*).

O papel do enfermeiro na transição hospital-comunidade junto do laringectomizado

Bruno Alexandre¹³⁵

Introdução: A laringectomia total é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção de toda a laringe, da base da língua à traqueia. Sendo a laringe uma estrutura anatómica que permite a passagem do ar da faringe para a traqueia, a sua remoção implica a confecção de um traqueostoma (estoma que conecta a traqueia ao exterior). Este estoma é definitivo e passa a ser a nova via aérea do cliente.

A utilização de cânula de traqueostomia é imperativo assim como os cuidados a esta, para que não haja compromisso quer da respiração, quer da ventilação. Posto isto, o cliente que se vê dependente do uso de cânula, tem de saber cuidar desta, assim como do seu traqueostoma, e cuidar implica realizar a sua higiene, manutenção e proteção da via aérea.

Objetivos

- Enumerar as alterações anatómicas, fisiológicas e psicológicas causadas pela laringectomia total;
- Identificar as intervenções de enfermagem utilizadas no processo de capacitação do laringectomizado para o auto-cuidado;
- Descrever as dificuldades/medo sentidas por parte do cliente no momento de transição hospital-comunidade;

Resultados: Sendo o principal objetivo assegurar que o cliente no domicílio tem capacidade e/ou recursos para realizar os cuidados traqueais, este é respeitado para todos os clientes. Esclarecendo, um cliente apenas tem alta se forem assegurados estes cuidados no domicílio, ou pelo próprio ou pelos recursos que dispõe quer na sua rede formal, quer na sua rede informal de cuidadores.

Conclusão: A capacitação do cliente para o autocuidado para além de uma intervenção autónoma de enfermagem, é imprescindível para a prevenção de complicações no domicílio. Este processo vai desde a preparação psicológica para a visualização do traqueostoma até à adaptação da sua nova condição na realização das suas atividades de vida diária, de forma a promover um maior nível de qualidade de vida.

¹³⁵ Enfermeiro do IPOFG Lisboa EPE (brunovenancioalexandre@gmail.com).

COMUNICAÇÕES LIVRES

Bibliografia

Bulechek, G., Butcher, H., Dochetermn, J. (2010) Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (5ªEd). Porto Alegre: Artmed Editora.

Chalifour, J. (2008) A Intervenção Terapêutica: Volume 1 – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.

Olias, J., Mendonça, F., Magalhães, M., Montalvão, P., Ferreira, L., Oliveira, L. & Estibeiro, H. (2004) Cirurgia da Laringe – Atlas de Técnicas Cirúrgicas, Guia de Dissecção. Lisboa: Círculo Médico.

Phaneuf, M. (2005) Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Descritores: Laringectomia total, Papel do enfermeiro, Autocuidado.

Intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço

Cristiana Jesus¹³⁶ | Patrícia Alves¹³⁷ | Sandra Neves¹³⁸

Introdução: A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sofre alterações decorrentes dos tratamentos a que é sujeita que colocam em causa a sua autonomia (Baehring & McCorkle, 2012).

O enfermeiro vai ter um papel preponderante em todo o processo de preparação para a alta, não só pela proximidade com a pessoa/cuidador, como pela capacidade de mobilizar os recursos necessários para que o regresso ao domicílio aconteça em segurança (Graham; Gallagher & Bothe, 2013).

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia.

Método: Realizada uma revisão narrativa da literatura, com base nos descritores definidos, recorrendo ao motor de busca EBSCO e utilizando as bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Resultados: Foram encontrados 1052 artigos, dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 22.

Conclusões: A intervenção do enfermeiro está presente nas diferentes fases do processo. Desde o acolhimento ao serviço até que o internamento termine e mesmo no pós-alta, o enfermeiro vai atuar na colheita de dados que suportam o planeamento das suas intervenções e posterior avaliação das mesmas, tudo com o objetivo de proporcionar a continuidade de cuidados e uma alta segura. A sua intervenção vai estar centrada na satisfação das necessidades de cuidados da pessoa/cuidador.

A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço vai sofrer alterações a vários níveis que vão influenciar o seu regresso à sua rotina de vida quotidiana (Baehring & McCorkle, 2012). Perante isto, o enfermeiro intervém de forma a abranger as diferentes mudanças que vão acontecer na vida da pessoa, para que o seu impacto seja minimizado e o regresso à sua rotina de vida vá acontecendo faseadamente (Walker & Lachman, 2013).

Preparar a alta visa reunir os recursos necessários à continuidade de cuidados, a transmissão de informação pertinente à mesma, e o ensino adequado e em tempo útil à pessoa/cuidador.

¹³⁶ Mestre em Enfermagem Oncológica. Enfermeira do IPOFG Lisboa EPE (cristianafonseca@gmail.com).

¹³⁷ Mestre em Enfermagem e em Ciências da Educação. Professora Adjunta ESEL.

¹³⁸ MSc. Enfermeira Chefe do IPOFG EPE Lisboa.

COMUNICAÇÕES LIVRES

Bibliografia

Baehring, E. & McCorkle, R. (2012). Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clinical. Journal of Oncology Nursing*.16 (6). E203-209. Acedido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011758595&lang=pt-br&site=ehost-live>

Graham, J., Gallagher, R.& Bothe, J. (2013). Nurses discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 2338-46. Acedido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012170505&lang=pt-br&site=ehost-live>

Walker, C. A. & Lachman, V. D. G (2013). The discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective. *Medsurg Nursing*. 22(1), 61-64. Acedido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011909479&lang=pt-br&site=ehost-live>

Descritores: Discharge planning, Patient discharge, Head and neckneoplasms, Nursing

Avaliar o risco do luto complicado: um foco para a continuidade de cuidados

Inês Sofia Cabaço Ramalho¹³⁹

Introdução: O desenvolvimento de luto complicado pode ser influenciado pela capacidade do indivíduo em superar a perda e por diversos fatores de risco, tais como a perda, a natureza da relação com o falecido, a disfunção familiar e a insatisfação com os cuidados de saúde. No sentido de identificar e prevenir estes fatores recomenda-se uma escala que identifica o risco de desenvolvimento de luto complicado no familiar.

Os objetivos deste trabalho são: descrever o contributo da escala Bereavement Risk Index na prevenção do luto complicado e analisar a importância desta avaliação na promoção de uma transição positiva no luto.

Método: Revisão da literatura, com pesquisa no motor de busca EBSCOHost, nas bases de dados MEDLINE with full text e CINAHL with full text, utilizando os descritores Bereavement Risk Index 'AND' Nursing.

Resultados: A escala avalia oito itens, numa escala de likert de 1 a 5. O score total identifica três níveis de risco: alto; moderado, e baixo. O instrumento promove a intervenção de enfermagem de carácter preventivo do luto complicado (Kristjanson, Cousins & Lewin, 2005). Esta escala tem implicações na continuidade dos cuidados que se iniciam pela avaliação do risco no momento da morte e pelo posterior foco no follow-up do familiar.

Conclusões: O resultado desta pesquisa recomenda a tradução e validação da escala para português. Os estudos apontam que a sua utilização possibilita um diagnóstico precoce do risco de luto complicado e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem individualizadas que promovam uma transição com sucesso.

Bibliografia

Kristjanson, L. J., Cousins, J. S., Lewin, G. (2005). Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): a community hospice care protocol. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(12), 610-618.

Descritores: Luto Complicado; Enfermagem; Bereavement Risk Index; Transição.

¹³⁹ Enfermeira da Clínica de São Cristóvão (inessofiar@campus.esel.pt).

MESAS COORDENADAS

MESAS COORDENADAS

MESA COORDENADA 1 | 11 novembro | 09h30 – 10h30

Sala 1.45

Gestão da Emocionalidade em Enfermagem: Cuidar da Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida

Moderador: **Paula Diogo**¹⁴⁰

JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA MESA

A Mesa proposta inscreve-se no âmbito dos trabalhos da Linha de Investigação “Emoções em Saúde”, da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de/ESEL), que tem como cerne o estudo da temática das emoções, considerada como uma das áreas de estudo multidisciplinar e que, pela sua natureza, a disciplina de Enfermagem necessita de a estudar. A Enfermagem estuda os fenómenos emocionais à luz do seu quadro de referência, que se enquadra no Cuidado Holístico e Humanizado. Neste âmbito, o estudo dos fenómenos emocionais em Enfermagem justifica-se por quatro ordens de razão:

- 1) A situação problemática vivida pelos clientes, associada aos fenómenos de saúde-doença, expressa-se através de emoções com as quais os enfermeiros têm que lidar no decorrer dos cuidados e em cada interação;
- 2) A emocionalidade associada às experiências de saúde-doença acrescenta sofrimento à vivência dos clientes;
- 3) A experiência emocional intensa dos processos de cuidados vivida pelos enfermeiros manifesta-se muitas vezes através do stress, exaustão e burnout;
- 4) As emoções incorporam e presenteiam o cuidar de enfermagem;

A gestão da emocionalidade no cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida afigura-se um desafio para os enfermeiros desde Virgínia Henderson (1961), que defendia a expressão de emoções enquanto necessidade humana fundamental de modo a reduzir a tensão, o medo, a ansiedade da pessoa, até Jean Watson (2002, 2005), que defende que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas – dor, alegria, sofrimento, medo, raiva.

¹⁴⁰ Prof.ª Adjunta na ESEL; Doutorada em Enfermagem; Coordenadora da Linha de Investigação Emoções em Saúde ui&de/ESEL.

MESAS COORDENADAS

Faz-se, então, uma breve referência à expressão de emoções ao longo do ciclo da vida. O RN expressa emoções através do choro, agitação motora, coloração da pele ou sudorese; 'sinais de desorganização'. A criança expressa espontânea e descontroladamente as suas emoções; se não gosta de uma pessoa diz que ela é feia, quando está intrigada faz uma pergunta desconcertante, se está irritada faz uma birra. Com as brincadeiras e os jogos de grupos aprende as regras de socialização e também estratégias de gestão das suas emoções, logo também a expressar essas emoções. O jovem apresenta disrupções emocionais, uma regulação em desenvolvimento ou uma repressão emocional (muito controlado, introvertido, dificuldade em expressar as emoções). Os jovens tendem a mascarar o que sentem e, por vezes, somatizam a vivência que resultam em alterações cardíacas, lipotimias, mononucleoses infecciosas. A sua labilidade emocional é visível nas oscilações de comportamento evasivo, explosivo, introvertido, monossilábico, verborreico, expansivo. O adulto tem um manancial de estratégias de controlo e de repressão das emoções que lhe permite expressar emoções de acordo com os seus diferentes papéis (pai, mãe, profissão, amigo), e confrontar de forma mais ou menos adaptativa os diferentes acontecimentos de vida. É nesta fase que os distúrbios emocionais se manifestam em estados depressivos e outros relacionados com a dificuldade de gestão emocional. O idoso revela regressão na regulação emocional e, conseqüentemente, na expressão das suas emoções, passando a ter pouco filtro relacionado principalmente com a perda de funções cognitivas e doenças degenerativas do sistema nervoso central. Apresenta labilidade emocional acentuada quando a percepção da sua vida passada não é positiva, o presente não vale a pena ou que o futuro é a morte; estados depressivos acompanhados de expressões "Já nada vale a pena!". São expressões frequentemente emocionais de desesperança, angústia, tristeza.

Evocando novamente Virgínia Henderson (1961), o que pode faltar à pessoa para satisfazer a necessidade de expressar emoções é outra pessoa para partilhar (podem ser os enfermeiros); o veículo para expressar essas emoções (os enfermeiros proporcionam o brinquedo, o jogo, a pintura, o espaço de verbalização); o ambiente relacional propício, de confiança e afetuoso (interação com os enfermeiros); os recursos internos e externos que os enfermeiros procuram promover ou potenciar nos clientes. A sua intervenção visa capacitar a pessoa em satisfazer em si mesma a sua necessidade de expressar emoções. Mas não basta facilitar a expressão emocional do cliente; na atualidade defende-se a capacitação emocional para gerir o mundo interno e o que o rodeia nas experiências de vida. A intervenção dos enfermeiros almeja, portanto, esta gestão da emocionalidade na relação terapêutica.

Na transição segura da experiência de hospitalização para a comunidade, a pessoa em qualquer etapa do ciclo de vida necessita de ser ajudada a encontrar sentido na sua experiência, de mobilizar as suas estratégias de coping ou elaborar outras, de desenvolver uma capacitação emocional para lidar com os processos de saúde-doença. Encontrar o sentido pode permitir à pessoa lidar de forma adaptativa com os problemas gerados por estas experiências (Travelbee, 1971). A gestão emocional permite regular a emocionalidade, isto é, atenuar as disrupções emocionais que por sua vez facilita o autocontrolo, facilita a compreensão da sua vivência e a assimilação da informação,

MESAS COORDENADAS

diminui o sofrimento, tendo um duplo papel: promover segurança e apoio de modo a que o tratamento possa ser tolerado e promover o bem-estar (Phillips, 1996). Os enfermeiros envolvidos exteriormente ajudam os clientes a integrar a experiência subjetiva com uma visão externa da situação (Watson, 2002), o que facilita a capacitação emocional da pessoa para adotar comportamentos de vida saudáveis e/ou lidar melhor com a sua limitação ou condição de doença.

Os aspetos expostos contextualizam, de uma perspetiva abrangente, a dimensão emocional de cuidar em enfermagem com ênfase na pessoa ao longo do ciclo de vida. Atentamos, em seguida, às suas singularidades nas propostas de intervenções da Enf.^a Luiza Rodrigues, da Enf.^a Maria João Caeiro, da Enf.^a Joana Rodrigues e da Prof.^a Sandra Xavier.

Capacitação emocional da criança nos processos saúde-doença: experiência no hospital e na comunidade

Luiza Rodrigues¹⁴¹

O cuidar de Enfermagem da criança e da família no hospital e no Centro de Saúde requer o estabelecimento de uma interação em que a gestão das emoções na prática encontra-se ligada à experiência e perícia dos enfermeiros. Assim, nestes contextos, os enfermeiros são confrontados, frequentemente, com um exigente trabalho emocional (Smith, 2012; Caeiro & Diogo, 2014). Para Watson (2002), o cuidar está em sintonia com os conflitos do cliente e com os danos que possam surgir. Também considera que este cuidar é intensamente humano, no qual os enfermeiros praticam, investigam e educam, o que constitui um esforço profissional. Esta abordagem holística e humanística nos cuidados valoriza a dimensão emocional com especial relevância para a gestão da emocionalidade nos cuidados em pediatria (Diogo, 2015) que deverá ter visibilidade nos registos de enfermagem.

A experiência emocional da criança vai estar sujeita a vários fatores organizacionais tais como, o acolhimento, o número insuficiente de profissionais, o tempo de espera, a preparação para os procedimentos invasivos. É expectável pelos pais e pelas crianças que nestes contextos, o desempenho profissional do enfermeiro, deverá incidir em atitudes de empatia, expressão de sentimentos, paciência, confiança, sentido de humor, no contacto verbal e não-verbal no qual as emoções estão sempre presentes. No ato de cuidar, o enfermeiro envolve-se emocionalmente com a família/criança e, concomitantemente, a criança também demonstra os seus afetos através de atitudes carinhosas como os beijinhos e os desenhos que partilha com os profissionais de saúde. Também para estes profissionais torna-se imprescindível o acolhimento, os bons relacionamentos, o espaço para a expressão e esclarecimentos de dúvidas, na sua experiência de cuidar em pediatria.

Consideramos que o trabalho emocional integra a intervenção dos enfermeiros, e diz respeito ao investimento na gestão de sentimentos e emoções através da concretização de atividades, comportamentos e atitudes, que vão contribuir para um maior bem-estar na criança e sua família, e ainda para potenciar a capacitação emocional das crianças.

O desenvolvimento de capacidades emocionais que capacitam a criança nos processos de saúde-doença é uma forma de promover o desenvolvimento da criança, na qual estas experiências são potencialmente positivas, pois são promotoras de novas aquisições facilitadoras de crescimento. A experiência atual de formação em Serviço, na UCSP Alameda, procura valorizar esta dimensão emocional na qual a cultura das emoções é promovida e divulgada através de documentos e nas intervenções de enfermagem. A dimensão emocional vem sendo considerada, a par da dimensão espiritual, técnico, cultural ou ética, na prática de enfermagem em meio hospitalar e no Centro de Saúde.

Descritores: Enfermagem; Emoções; Saúde da Criança; Inteligência Emocional; Desenvolvimento Infantil.

¹⁴¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no ACES Lisboa Central, Mestre em Enfermagem, Linha de Investigação Emoções em Saúde ui&de/ESEL.

Projeto EMOTIONALIA. O trabalho emocional com adolescentes hospitalizados: Algoritmo de Intervenção em Enfermagem

Maria João Caeiro¹⁴²

No contexto de internamento de adolescentes, os enfermeiros são confrontados frequentemente com um exigente trabalho emocional (Smith, 2012; Caeiro & Diogo, 2014), e podem ter dificuldade em gerir esta dimensão emocional na sua prática clínica. Este problema foi identificado pelo grupo de enfermeiros da Unidade de Adolescentes, e foi considerado que a integração na prática de um Algoritmo de Trabalho Emocional melhora a gestão da emocionalidade dos adolescentes hospitalizados e o desempenho dos enfermeiros. Surge, então, um Projeto de Investigação-Ação com a finalidade de reconfigurar as práticas dos enfermeiros de uma Unidade de Adolescentes, com base no algoritmo de intervenção de enfermagem sobre o trabalho emocional com adolescentes em situação de doença e hospitalização, alicerçado na reflexão sobre a ação, tal como na formação e na investigação. Este algoritmo de enfermagem foi desenhado à luz da tese de doutoramento de Paula Diogo (2010), no decorrer do percurso formativo da Enfermeira Maria João Caeiro para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem e Título de Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ESEL). O grupo dinamizador e coordenador é constituído por cinco elementos da Linha de Investigação Emoções em Saúde (ESEL), e todos os enfermeiros da Unidade de Adolescentes. Para esta investigação usou-se as fases propostas por Kemmis (1989). Na 1.ª fase é elaborado um plano de ação com base no problema identificado, e é realizada formação sobre a conceção, fundamentação e aplicação do algoritmo de desempenho do trabalho emocional no cuidado a adolescentes hospitalizados. Na 2.ª fase faz-se o treino de aplicação do algoritmo e de registo de informação e, ainda, o treino de competências emocionais através de sessões de análise das práticas. Na 3.ª fase decorre a observação dos efeitos da ação através da colheita de dados (Observação dos cuidados de enfermagem e sessões de focus group com os enfermeiros), e a avaliação dos efeitos da ação (análise dos dados – técnica de análise de conteúdo). Na 4.ª fase faz-se a reflexão sobre esses resultados, e sobre o algoritmo que poderá sofrer alterações/adaptações, servindo como ponto de partida para nova planificação se necessário. Aquando da conclusão do projeto os resultados obtidos serão avaliados, utilizando a Técnica de Grupo Nominal (Potter et al., 2004), como forma de aferir os ganhos alcançados com o projeto.

Descritores: Enfermagem; Comportamento do Adolescente; Emoções; Hospitalização; Estudo de Intervenção.

¹⁴² DoEnfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no HDE, Mestre em Enfermagem, Linha de Investigação Emoções em Saúde ESEL.

A experiência emocional da mulher ao tornar-se mãe de um segundo filho: uma revisão *scoping*

Joana Rodrigues¹⁴³

Ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois (Vivian, 2010, p.28), pois implica que a mulher receba o seu segundo filho num lugar que lhe é único, de modo a que essa criança se sinta confiante no ambiente que a acolhe. Assim, a singularidade de cada bebé liga-se ao momento particular da vida da mulher, que precisa de se tornar mãe de um novo ser e acolher cada criança na sua própria vida e na da família (Mercer, 2004; Salmela-Aro, Nurmi, Saisto & Halmesmäki, 2000).

Tornar-se mãe de um segundo filho, enquanto transição, é uma experiência emocionalmente exigente e desgastante, caótica, que pode levar à exaustão e a novas tensões no relacionamento (Stewart, 1990; Nichols, Roux & Harris, 2007; Krieg, 2007). É uma experiência de crescimento e transformação (Mercer, 2004) que requer reestruturações (Salmela-Aro et al., 2000; Vivian, 2010; Canavarro, 2007), representando um momento de maior vulnerabilidade (O'Reilly, 2004; Mercer, 2006), que pode ser propício ao surgimento de problemas de saúde (Gottlieb & Mendelson, 1995; Vivian, 2010; Tavares, 2014), com implicações na saúde e bem-estar da família e no desenvolvimento físico e emocional saudável da criança (Gage, Everett e Bullock, 2006). Este é, então, um período do ciclo vital que torna necessários cuidados de enfermagem, dirigidos ao reforço de competências e de recursos, com vista à minimização de vulnerabilidades.

No sentido de compreender esta transição foi efetuada uma revisão *scoping* que pretende responder à questão: qual a experiência da mulher ao tornar-se mãe de um segundo filho? Dessa revisão verifica-se que os estudos que descrevem a experiência desta transição pela segunda vez, a partir do ponto de vista da mãe e de forma profunda, são escassos; focam sobretudo as questões de género e de relacionamento conjugal; dizem fortemente respeito aos primeiros dias ou semanas após o parto. Esta última constatação permite inferir a importância do acompanhamento das mulheres, que se tornam mães de um segundo filho, na transição hospital casa, nomeadamente na operacionalização de um cuidado humano profissional que valorize a dimensão emocional e que ajude a pessoa a adquirir maior autonomia, confiança e capacidade de adaptação face a esta nova transição.

Descritores: Saúde da Mulher; Enfermagem; Cuidado Transacional; Emoções; Literatura de Revisão como Assunto.

¹⁴³ Enf.ª Especialista Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no ACES Lisboa Central, Mestre em Enfermagem; Doutoranda em Enfermagem UL/ESEL, Linha de Investigação Emoções em Saúde ui&de/ESEL.

Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida

Sandra Xavier¹⁴⁴

Valorizar o campo do comportamento, especialmente dos processos emocionais, reflete-se na compreensão do desempenho profissional que permita o agir centrado no cuidar integral. Considerando que o contexto de fim-de-vida está repleto de sentimentos, sensações e emoções difíceis de gerir pelos profissionais de saúde, tornou-se fundamental significar os cenários emocionais importantes na prestação de cuidados de conforto durante essa fase do ciclo de vida. A finalidade deste estudo é contribuir para a clarificação do significado do desenvolvimento de competências emocionais no agir profissional do enfermeiro, assumindo como centro de interesse o contexto da prestação de cuidados de conforto à pessoa internada em unidade de cuidados paliativos. Considerando o problema e os objetivos em estudo, optou-se por um referencial metodológico de natureza qualitativa, com carácter descritivo e exploratório. Os sujeitos em análise são enfermeiros e pessoas que vivenciam o fim de vida, e que aceitaram participar no estudo através de entrevista semiestruturada, tendo sido assegurados e protegidos os procedimentos éticos inerentes. A abordagem disciplinar do fenómeno em estudo assumiu como filiação teórica sobretudo Jean Watson (2005) e Palmela Reed (2008), no contexto da área científica de enfermagem, bem como no modelo teórico de Rafael Bisquerra (2009), para o domínio da competência emocional. O referencial metodológico inscreve-se numa natureza qualitativa, com carácter descritivo e exploratório. Os sujeitos em análise são enfermeiros e pessoas que vivenciam o fim-de-vida, e que aceitaram participar no estudo através de entrevista, tendo sido assegurado todos os procedimentos éticos inerentes. Para a análise do fenómeno em estudo, analisaram-se os discursos usando a análise crítica do discurso de Fairclough, emergindo o constructo da 'competência emocional do enfermeiro', como sendo um conjunto de capacidades que permitem conhecer, regular, atingir e gerir fenómenos emocionais de modo a construir e manter relações interpessoais em ambiente afetivo.

O desenvolvimento desta competência, no âmbito do agir profissional do enfermeiro, emerge ancorado num processo educativo – a educação emocional, sendo um processo contínuo e permanente, com enfoque em todo o ciclo vital, permitindo ao enfermeiro controlar (reflexivamente) as emoções, de forma a promover o seu crescimento emocional e intelectual, assumindo-se como a matriz de elevação do seu nível de competência emocional.

Descritores: Enfermagem; Emoções; Formação Contínua; Inteligência Emocional; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

¹⁴⁴ Prof.ª Adjunta no IPB, Doutorada em Enfermagem, Linha de Investigação Emoções em Saúde ui&de/ESEL.

MESAS COORDENADAS

Referências Bibliográficas

- Bisquerra, A. R. (2009). *Psicopedagogia de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2º ed.). Loures: Lusodidacta.
- Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*, 14(1), 45-50.
- Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 139-143.
- Smith, P. (2012). *Emotional Labour of Nursing Revisited. Can nurses Still Care?* (2ª ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2ª ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Xavier, S. (2013). *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/10565>

MESAS COORDENADAS

MESA COORDENADA 2 | 11 novembro | 14h30 – 15h30

Sala 1.45

Gestão da Transição Hospital-Comunidade

Moderador: **Cândida Ferrito**¹⁴⁵

Justificação da pertinência

A Continuidade de cuidados refere-se ao processo de garantir a transição adequada de um ambiente (ex. o contexto de cuidados agudos) para outro (ex. o contexto comunitário ou instituições comunitárias). A qualidade neste processo requer uma equipa colaborativa (cliente, equipa de saúde, outros agentes) no sentido de desenvolver e implementar o plano terapêutico ou no sentido de dar-se continuidade na resposta às necessidades em saúde na transição de contextos (Cheng, Zhao, Bai, & Zang, 2015). Existe evidência que demonstra que quando a continuidade de cuidados é acautelada no sentido da coerência e coincidência entre os cuidados implementados e as necessidades individuais e as circunstâncias pessoais o risco de mortalidade diminui (Maarsingh, Henry, van de Ven, Deeg, & Deeg, 2016).

Não obstante a evidência apontar para a importância da continuidade de cuidados, alguns problemas são identificados justificando lacunas na sua implementação, nomeadamente: a elevada carga de trabalho, a grande necessidade de cuidados especializados no contexto comunitário para os quais não existem recursos técnicos e recursos humanos preparados (Cheng, Zhao, Bai, & Zang, 2015).

A qualidade dos cuidados prestados passa pela continuidade de cuidados em fases de transição (nomeadamente na transição hospital-comunidade e transição ao longo do ciclo de vida). A continuidade de cuidados adequada está associada a melhores resultados em saúde, melhor satisfação, e cuidados custo efetivos na área da doença crónica (Napolitano, Napolitano, Garofalo, Recupito, & Angelillo, 2016). Na área da saúde materno infantil, a continuidade de cuidados mostrou estar associada a benefícios para as mulheres e recém-nascidos (Cummins, Denney-Wilson, & Homer, 2015). O estudo de Lai, Yang, Tsai, Lu, Kornelius, Huang, & Chiou (2015) evidencia que a continuidade de cuidados tem efeitos positivos no risco da toma inapropriada de medicação. A continuidade de cuidados com envolvimento da família (enquanto cuidador informal) na capacitação para o cuidado à pessoa dependente também está associada a melhores resultados em saúde, nomeadamente nos conhecimentos e competências para cuidar da pessoa dependente no seu domicílio (Rodríguez-Gonzalo, García-Martí, Ocaña-Colorado, Baquera-De Micheo, & Morel-Fernández, 2015).

¹⁴⁵ Docente - Escola Superior de Saúde de Setúbal.

MESAS COORDENADAS

Referências Bibliográficas

Cheng, S., Zhao, J., Bai, J., & Zang, X. (2015). Continuity of care for older adults with chronic illness in China: An exploratory study. *Public Health Nursing, 32*(4), 298-306.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ, 327*(7425), 1219–1221.

Jeffers, H., & Baker, M. (2016). Continuity of care: still important in modern-day general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 66*(649), 396-397.

Lai, Y., Yang, Y., Tsai, M., Lu, Y., Kornelius, E., Huang, C., & Chiou, J. (2016). Impact of potentially inappropriate medication and continuity of care in a sample of Taiwan elderly patients with diabetes mellitus who have also experienced heart failure. *Geriatrics & Gerontology International, 16*(10), 1117-1126.

Napolitano, F., Napolitano, P., Garofalo, L., Recupito, M., & Angelillo, I. F. (2016). Assessment of continuity of care among patients with multiple chronic conditions in Italy. *Plos One, 11*(5).

Rodríguez-Gonzalo, A., García-Martí, C., Ocaña-Colorado, A., Baquera-De Micheo, M. J., & Morel-Fernández, S. (2015). Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: cluster randomized trial. *BMC Nursing, 14*(1), 1-12.

O processo de transição hospital/domicílio do doente dependente e sua família

Clarisse Louro¹⁴⁶

O envolvimento e a participação da família desde o início do internamento, no planeamento da alta e no processo de cuidados é parte integrante de uma estratégia de promoção da continuidade dos cuidados e de promoção da adaptação e autonomia da pessoa/família, centrados na dignidade do indivíduo doente (Czerwonka, Herridge, Chan, Chu, Matte & Cameron, 2015).

A eficácia da continuidade de cuidados pressupõe a articulação entre os cuidados de saúde diferenciados, de âmbito hospitalar, e os cuidados de saúde primários, de âmbito comunitário. Só com essa articulação é possível garantir a continuidade da prestação dos cuidados, e o direito consagrado na Carta de Direitos e Deveres do Doente, o direito a cuidados adequados à sua circunstância de vida e de saúde, quer sejam de natureza preventiva, curativa, de reabilitação, manutenção ou paliativos (Lei 48/90 de 24 de agosto, direito nº 3).

Esta articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares é uma realidade já testada e implementada, com sucesso, nalguns países, nomeadamente na Austrália (Program of ALLInclusive Care for Elderly People), com origem nos Estados Unidos, e o Canadian System of Integrated Care for Older Persons, no Canadá. A avaliação feita da aplicação deste modelo de cuidados (Bird, Kurowski, Dickman, & Kronborg, 2007), resultou na constatação da diminuição de admissões aos serviços de urgência e internamento hospitalar.

Rose et al (2007), avaliaram a carga emocional nos cuidadores informais de idosos vulneráveis residentes na comunidade e destacaram a necessidade da equipa de cuidados de saúde primários, numa perspetiva de continuidade de cuidados, ajudar estes cuidadores a manter a sua saúde física e mental.

Desenvolvemos um estudo com o intuito de conhecer o modo como se processa a transição do doente dependente para o seu domicílio, com o envolvimento da família cuidadora, e avaliar, um mês após a alta, no domicílio do doente a continuidade de cuidados.

Enunciamos alguns resultados obtidos com o estudo:

- Constatámos frequentemente que familiares e doentes sentiam que não estavam preparados para o regresso a casa, apesar de entenderem a alta precoce, antecipando as dificuldades em lidar com a sua situação de dependência. Identificámos ainda muitas situações de falta de comunicação entre os elementos da equipa de saúde, o doente e a família que põem em causa as condições necessárias para garantir uma eficaz continuidade de cuidados no domicílio.

¹⁴⁶ Diretora da Escola Superior de Saúde de Leiria.

MESAS COORDENADAS

- O envolvimento e o apoio à família no processo de cuidados, por parte da equipa multidisciplinar, assumem-se como um aspeto fundamental para a continuidade de cuidados. É importante que, durante o internamento, a pessoa que assume a responsabilidade da prestação de cuidados no domicílio colabore no plano de cuidados de forma ativa, condição necessária para a aprendizagem de competências, tarefas e procedimentos.
- Identificámos necessidades ligadas à disponibilidade de profissionais de saúde e à afetação de recursos em geral, à falta de médicos, de enfermeiros e de outros técnicos de saúde, mas também a ineficiências e insuficiências estruturais e organizativas, que nos levam a concluir que não está assegurada a continuidade de cuidados no domicílio e que o sistema de cuidados de saúde primários se revela incapaz de dar resposta às reais necessidades dos seus clientes.

A situação de cuidar implica, da parte do cuidador, o foco na reorganização familiar e social que lhe permita dar uma resposta eficaz com vista à continuidade de cuidados.

Descritores: *continuity of care, family caregiver.*

Referências Bibliográficas

Bird, S. R., Kurowski, W., Dickman, G. K., & Kronborg, I. (2007). Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Australian Health Review*, 31(3), 451-461.

Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER. *Journal of critical care*, 30(2), 242-249.

Rose, J. H., Bowman, K. F., O'Toole, E. E., Abbott, K., Love, T. E., Thomas, C., & Dawson, N. V. (2007). Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans. *The Gerontologist*, 47(1), 21-33.

A segurança da medicação na transição Hospital - comunidade

Leila Sales¹⁴⁷

Em Portugal, a medicação é amplamente utilizada e transversal a todos os contextos de cuidados de saúde, sendo um dos países com maior consumo de medicamentos per capita. A polimedicação é uma realidade com 82% da população adulta a tomar, pelo menos, um medicamento e 29% a tomar cinco ou mais medicamentos prescritos pelo médico ou em automedicação (Ministério da Saúde, 2015). Um dos muitos problemas que esta realidade acarreta é a ocorrência de erros e falhas na gestão da medicação. Estima-se, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros para o SNS e resultados de saúde indesejados (Ministério da Saúde, 2015). Esta problemática assume maior relevância quando pensamos na sensibilidade dos pontos de transição de cuidados, que nem sempre são geridos de forma eficiente e com uma comunicação adequada. Os processos de transição de cuidados ineficazes podem levar à ocorrência de erros de medicação, readmissões hospitalares e custos elevados para os diferentes atores envolvidos. Duas das estratégias de prevenção eficazes para a minimização dos erros, referem-se à educação e envolvimento ativo dos doentes e cuidadores na utilização da medicação e a reconciliação da medicação nos momentos de transferência e de transição de cuidados. A Reconciliação da Medicação (RM) é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os doentes, familiares e prestadores de cuidados para garantir a transmissão de informação segura e de qualidade sobre a medicação do doente nas transições de cuidados. Este processo exige uma revisão sistemática e exaustiva de toda a terapêutica habitual do doente, para garantir que os medicamentos que são adicionados, alterados ou interrompidos, no hospital, são cuidadosamente avaliados (ISPM, 2006). O processo de RM deve ser encarado como uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde (Enfermeiros; Farmacêuticos e Médicos) em colaboração com os doentes e famílias. A segurança da medicação é uma das áreas de intervenção prioritária, requerendo avaliação sistemática de todos os processos e minimização dos riscos na sua utilização, fundamentais para a manutenção da segurança dos doentes.

Descritores: Segurança da medicação; Segurança do doente; Reconciliação da medicação; Erros de medicação.

Referências Bibliográficas

ISPM.(2006). Medication Reconciliation. Retrieved September 15, 2016, from <http://www.ispmcanada.org/medrec>.

Ministério da Saúde. Despacho no 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, 28, Diário da República 4-9 (2015). Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>

¹⁴⁷ Docente na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

A transição hospital/escola da criança e jovem com diabetes tipo 1

Eva Menino¹⁴⁸

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas com maior prevalência em idade escolar e está a aumentar cerca de 3% a cada ano, particularmente no grupo etário inferior a 5 anos (Federação Internacional Diabetes, 2015).

Considerando os dados do Registo DOCE (Diabetes: registo de Crianças e jovens), citados pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015), em Portugal, em 2014, a diabetes tipo 1 em crianças e jovens atingia 3 365 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário.

Face a estes números compreende-se a necessidade de articulação e continuidade entre o hospital e a comunidade escolar para que haja a efetiva implementação do plano terapêutico. Não foram identificados estudos que retratassem a realidade portuguesa sobre o apoio que está a ser dado nas escolas às crianças e jovens com diabetes, mas uma revisão da literatura Internacional (Marks et al., 2013) identificou que a maioria das crianças e jovens não estavam a receber o tratamento recomendado na escola. Existe uma orientação da Direção Geral da Saúde (Orientação da DGS n.º 003/2012 de 18/01/2012), que recomenda que haja formação dirigida às escolas no sentido de favorecer a integração segura das crianças e jovens com esta doença crónica.

O aumento da prevalência e os esquemas intensivos de insulinoterapia levaram à necessidade de integração na escola dos cuidados relacionados com a gestão da diabetes (Marks, Wilson, & Crisp, 2014). Estudos indicam uma clara ligação entre o controlo glicémico e a diminuição das complicações associadas à diabetes. Para alcançar o controlo glicémico, as crianças e jovens com DM1 têm de avaliar a glicemia capilar com frequência, monitorizar a ingestão de alimentos e gerir a atividade física. Adicionalmente, o recurso à insulina é o tratamento utilizado na maioria das situações, com múltiplas administrações diárias (American Diabetes Association, 2014).

Considerando o diagnóstico de situação efetuado num Agrupamento de Centros de Saúde na região Centro e as necessidades detetadas, foi desenvolvido um projeto de intervenção cujo objetivo foi garantir a continuidade de cuidados entre a consulta hospitalar da especialidade e os cuidados de saúde primários, especificamente as equipas de saúde escolar que se focam em dar resposta às necessidades em saúde no setting escolar. Focando-se o projeto nas necessidades de saúde especiais das crianças e jovens com diabetes tipo 1.

¹⁴⁸ Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria.

MESAS COORDENADAS

O projeto encontra-se a ser implementado na sequência do Protocolo de articulação celebrado em 2015 entre a Unidade Hospitalar, o ACES e a Escola Superior de Saúde de Leiria. O projeto já incluiu 138 educadores de 12 escolas da região centro, havendo resultados que indicam a efetividade do projeto (com melhoria da perceção sobre a capacidade para dar resposta às necessidades das crianças e jovens com diabetes tipo 1 e com melhoria dos conhecimentos base para prestar esse apoio).

Descritores: Diabetes tipo 1, Saúde escolar.

Referências Bibliográficas

American Diabetes Association (2014). Diabetes care in the school and day care setting. *Diabetes Care*, 37, S91.

Federação Internacional Diabetes (2015). IDF Diabetes Atlas. Acedido a 15 de setembro de 2016 em <http://www.diabetesatlas.org/>

Marks, A., Wilson, V. & Crisp, J. (2013). The Management of Type 1 Diabetes in Primary School: Review of the Literature. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 36(1-2), 98-119.

Marks, A., Wilson, V., & Crisp, J. (2014). The management of type 1 diabetes in Australian primary schools. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 37(3), 168-182.

Napolitano, F., Napolitano, P., Garofalo, L., Recupito, M., & Angelillo, I. F. (2016). Assessment of Continuity of Care among Patients with Multiple Chronic Conditions in Italy. *Plos One*, 11(5).

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014– Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Acedido a 15 de setembro de 2016 <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2014.aspx>

A transição hospital domicílio da família e bebé

Sónia Ramalho¹⁴⁹

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir do novo papel (Zacarias, 2011).

Os pais necessitam de fazer muitos ajustamentos (tempo social e pessoal, trabalho e no relacionamento com a companheira) para assim encontrarem espaço psicológico e físico para o bebé nas suas vidas. Ambos aprendem o comportamento materno e paterno e se identificam como mãe e pai (Mendes, 2009).

Quanto ao apoio dos profissionais de saúde, como refere Mendes (2009), está aquém das necessidades e expectativas de ambos os pais, sugerindo mais apoio técnico relacional, por parte destes. Referiram-se também à importância da prática da visitação domiciliária, da linha telefónica de apoio e dos grupos de apoio nas maternidades e / ou nos centros de saúde, como aspetos que facilitariam o seu processo de ajustamento materno e paterno, no pós-parto.

O aconselhamento individual é muito importante e deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados e que se estabeleça uma “parceria de confiança”, isto é, ajude a aumentar a auto estima e a confiança. Ensinando e envolvendo nos cuidados ao bebé, a resolver as dificuldades que possam aparecer e como tomar a decisão correta (Ramalho, Castro e Galvão, 2010).

Kemp et al (2011), demonstraram os benefícios da intervenção psicossocial e a continuidade de cuidados ao bebé e família, por enfermeiros no período pré e pós-natal: melhoria da qualidade do ambiente familiar para a criança e para o seu desenvolvimento mental, a maior duração da amamentação, para as mães que estavam angustiadas na gravidez, uma melhor experiência da maternidade.

Os profissionais de saúde apresentam um papel fundamental como educadores e promotores da saúde, sendo essencial serem portadores de conhecimentos específicos aplicados ao contexto da parentalidade/família, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento humano, e tendo assim como objetivo implementar as mudanças que sejam necessárias para promover o bem-estar global das famílias (Costa, 2013).

O desafio para os profissionais de saúde é o estabelecimento de estratégias deliberadas para desenvolver habilidades de trabalho interprofissional, em torno da comunhão de tomada de decisões, relações de confiança e de partilha do poder (Psaila, et al., 2014).

¹⁴⁹ Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria.

MESAS COORDENADAS

Descritores: transição; parentalidade; pais; bebé.

Referências Bibliográficas

Costa, A. L. (2013). Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família. Obtido em 09 de 03 de 2016, de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1979/1/COSTA%2c%20Anabela%20Lopes%20Rodrigues%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Mendes, I. (2009). Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra.

Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C., & Kruske, S. (2015). Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (1/2), 160-172.

Ramalho, S., Vicente Castro, F., & Galvão, D. (2010). Avaliação materna da amamentação às 48 horas pós-parto. *International Journal of Developmental Educational Psychology*, 1 (2), 287-29.

Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S. Vimpani, G., Anderson, T.; Schmied, V. & Aslam, H. (2013). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1850-1861.

Zacarias, V.I. (2011). A Arte da Enfermagem Comunitária na transição para a parentalidade. Obtido em 09 de 03 de 2016 de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9413/1/RELATORIO.pdf>

WORKSHOPS

WORKSHOPS

WORKSHOP 1 | 10 novembro | 10h30 – 13h00

Sala 1.45

Utilização do software de análise qualitativa de dados webQDA

Formador: **Fábio Freitas**¹⁵⁰

WORKSHOP 2 | 10 novembro | 14h30 – 17h30

Sala 1.45

Utilização do software de análise qualitativa de dados webQDA

Formador: **Fábio Freitas**¹⁵⁰

WORKSHOP 3 | 11 novembro | 11h00 – 12h00

Sala 1.45

Fama I e Fama II

Formador: **Fernando Cardoso**¹⁵¹

¹⁵⁰ Formado em Design e mestre em ensino de Artes Visuais no 3.º Ciclo do Ensino Básico e Secundário pela Universidade de Aveiro. Presentemente é bolseiro do programa doutoral em Multimédia em Educação na Universidade de Aveiro com o projeto “Design de Interação em Manuais de Utilizador: o caso de software de investigação em educação”, projeto esse com ênfase no software de apoio à análise qualitativa webQDA. É um dos investigadores/formadores do software webQDA, sobre o qual tem desenvolvido e publicado alguns estudos em co-autoria. É membro do Centro de Investigação “Didática e Tecnologia na Formação de Formadores” – CIDTFF e as suas áreas de investigação contemplam o Design de Interação e a Tecnologia Educativa.

¹⁵¹ Gedeon Ritcher

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O 1º Congresso Internacional versando o tema Gestão da Transição Segura Hospital – Comunidade, foi possível com o envolvimento de todos os intervenientes, desde a comissão organizadora, comissão científica, palestrantes, conferencistas, que permitiram concretizar o sucesso deste evento conjunto, promoveu a troca de experiências, de conhecimentos e o aprofundar duma visão mais integrada e partilhada de cuidados, traduzido no envolvimento dos profissionais de saúde do ACES e HVFX.

Este projeto apostou no desenvolvimento da cooperação interorganizacional, promovendo a articulação entre o HVFX, o ACES e a ESEL; procurou desenvolver formação nas áreas da capacitação do membro familiar prestador de cuidados nos serviços de internamento hospitalar e nas unidades funcionais do ACES, cooperando na preparação do regresso a casa, fomentando a gestão da transição segura hospital-comunidade.

O desafio que a ESEL, o HVFX e o ACES colocaram a esta equipa de profissionais, importa realçar o esforço, o entusiasmo o empenho que colocaram na construção das áreas temáticas, valorizando a experiência, a prática que dinamizam diariamente nos cuidados que implementam aos utentes que deles necessitam é explanada nos temas abordados, permitindo dar visibilidade à intervenção dos enfermeiros integrados na equipa de saúde.

Os temas apresentados permitiram dar visibilidade à parceria ativa no âmbito da formação académica e de aperfeiçoamento profissional, otimizando recursos e potenciando os saberes na promoção de desenvolvimento da enfermagem, dos enfermeiros e demais profissionais intervenientes nos cuidados de saúde.

Conseguimos concretizar a efetiva articulação entre os Cuidados em contexto de hospital de agudos e o contexto comunitário; foi possível otimizar canais de comunicação entre os profissionais envolvidos no processo de cuidar, refletir critérios de referência que permita a continuidade de cuidados com qualidade, promovendo a satisfação dos clientes, garantindo continuidade de cuidados com segurança, envolvendo em parceria a família, cuidadores e todos os recursos comunitários, para um regresso a casa seguro.

No âmbito da gestão da transição segura do hospital para a comunidade, foi possível promover a crítica e a reflexão sobre a ação, valorizando os cuidados de proximidade que se repercute na melhoria da qualidade de redes de trabalho promotoras da continuidade da mudança e na satisfação dos utentes e famílias, otimizando os recursos humanos, garantindo uma resposta atempada às necessidades da população.

Maria Benedita Santos

Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Alenquer