



3^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

 2 e 3 de junho 2023
Hotel Vila Galé Coimbra



Aceder ao programa digital
com os resumos

 Programa
Científico



3^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

A Hospitalização Domiciliária é uma realidade em crescendo, em Portugal.

Surge como um projeto centrado no doente, como serviço de qualidade, rigor clínico, com a visão holística e humanizada da Medicina Interna.

Em 2022 foram tratados cerca de 9000 doentes em Hospitalização Domiciliária, mais 20% que em 2021, com uma demora média de 9,9 dias. Foram ultrapassadas as metas estabelecidas pela tutela com alcance em 2022 dos objetivos determinados até 2024.

Encontram-se em funcionamento 39 unidades do SNS e 1 privada (CUF).

Diariamente temos cerca de 339 doentes internados em HD em Portugal, o que corresponde a um hospital de média dimensão. Podemos assim dizer que já temos um hospital sem paredes. Os objetivos continuam a ser cumpridos.

É importante mantermos o trabalho conjunto que vem sendo realizado, com o apoio do Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom) da SPMI, para uniformização das diferentes unidades.

Estamos a evoluir porque partilhamos conhecimentos e a inovação tem estado a acontecer.



Francisca Delerue

Presidente do 3º Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

ARSC | Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

CHBM | Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CHBV | Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CHEDV | Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

CHL | Centro Hospitalar de Leiria

CHLN | Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CHLO | Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CHPV/VC | Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde (Unidade da Póvoa de Varzim)

CHS | Centro Hospitalar de Setúbal

CHTMAD | Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHTS | Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CHTV | Centro Hospitalar Tondela Viseu

CHUAC | Hospital Universitario de A Coruña

CHUAP | Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Portimão

CHUC | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CHUSA | Centro Hospitalar Universitário de Santo António

CHUSJ | Centro Hospitalar Universitário de São João

CHVNG/E | Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CUF Tejo | Hospital da CUF Tejo

CUF Porto | Hospital da CUF Porto

HES | Hospital do Espírito Santo, Évora

HE-UFP | Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa

HFF | Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

HGO | Hospital Garcia de Orta

HSMM | Hospital Santa Maria Maior

HSO | Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

IPO Porto | Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

IS Uporto | Instituto de Sociologia da Universidade do Porto

ULSCB | Unidade Local de Saúde Castelo Branco

ULSG | Unidade Local de Saúde de Guarda

ULSLA | Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano

ULSM | Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSNA | Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano



3^o Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

 Sexta-feira | 2 de junho 2023

13:00h Abertura do Secretariado

14:00-14:45h **Apresentação de Posters**

Moderadoras: Daniela Mendes (*HE-UFP*), Sofia Ribeiro (*CHUSA*)
e Catarina Lucas (*CHUC*)

PO 04 | PO 07 | PO 15 | PO 18 | PO 35 | PO 45 | PO 67 | PO 69

14:45-15:45h **Mesa-Redonda 1 Regulamentação e aspetos financeiros em Hospitalização Domiciliária (HD) – O que temos e o que falta**

Moderadores: Lindora Pires (*CHTS*) e Miguel Santos (*CHUSJ*)

Financiamento

Paula Godinho (*ARSC*)

Recursos humanos

Vitória Cunha (*HGO*) e Fernando Palhim (*HGO*)

Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)

Ireneia Lino (*HES*)

15:45-16:15h **Sessão de Abertura**

16:15-16:30h Pausa

16:30-17:30h **Mesa-Redonda 2 Visão geral das Unidades de HD em Portugal – Semelhantes na diferença**

Moderadores: Amália Pereira (*CHL*) e Pedro Vieira (*CHVNG/E*)

Semelhantes na diferença

Josiana Duarte (*ULSLA*) e Cátia Canelas (*CHTMAD*)

Resultados do inquérito Nacional às Unidades de HD de Saúde

Paula Lopes (*CHS*)

Proposta de consenso

Pedro Correia Azevedo (*CUF Tejo*)

17:30-18:00h **Sessão patrocinada 1 Outcomes da utilização de elastómeros em Hospitalização Domiciliária**
Baxter

Moderadora: Ana Brito (HFF)

Palestrante: Fernando Lamelo Alfonsín (CHUAC)

18:00-19:00h **Mesa-Redonda 3 Cuidadores informais e literacia em saúde**

A perspectiva do Psicólogo

Magda Oliveira (IPO Porto; CUF Porto)

O papel do Assistente Social

Mónica Alexandre (CHVNG/E)

A visão da Sociologia

Mafalda Araújo (FCSH ULisboa) e José Soeiro (IS UPorto)

Literacia em saúde

O que faz a equipa UHD

Anabela Santos (CHVNG/E)

Propostas

Olga Goncalves (CHVNG/E)

19:00h Fim do primeiro dia do Congresso

 **Sábado | 3 de junho 2023**

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:15h **Mesa-Redonda 4 Linhas gerais de orientação em HD**

Moderadores: Juan Urbano (ULSNA) e Luísa Meco (CHL)

Doença pulmonar obstrutiva crónica

Joana Cancela (ULSM)

Diabetes mellitus

Conceição Escarigo (HGO)

Insuficiência cardíaca

Raquel Barreira (CHVNG/E)

Anticoagulação

David Fortes (CHLN)

10:15-11:15h **Mesa-Redonda 5 O presente e o futuro**
Moderadores: Paula Neves (*ULSG*) e Nino Coelho (*CHBV*)

Terapêutica transfusional

Rui Grande (*CUF Tejo*)

Telemonitorização

Marina Delgado (*CHUSA*)

Plataforma inteligente de sinalização de doentes à HD

Lindora Pires (*CHTS*) e Lídia Rodrigues (*CHTS*)

11:15-11:45h Pausa

11:45-12:30h **Mesa-Redonda 6 Patologia mais prevalente em HD**
Moderadores: Manuela Soares (*CHLO*) e Helena Rodrigues (*CHTV*)

Resultados do inquérito de fotografia de um dia na HD em Portugal

Sofia Ribeiro (*CHUSA*)

Abordagem terapêutica – Pertinência de protocolos globais?

Marta Monteiro (*CHVNG/E*)

12:30-13:30h **Sessão patrocinada 2 Oxigenoterapia em Hospitalização Domiciliária**



Moderador: Daniela Alves (*HSM*)

Conceitos de Oxigenoterapia

Soraia Silva (*ULSCB*)

O doente com oxigenoterapia em HD. Necessidade de oxigénio? Prós e contras

Alexandra Leitão (*HSM*)

Tipos e Fontes de Oxigénio

José Moutinho (*Nippon Gases*)

13:30-15:00h Almoço

15:00-16:00h **Mesa-Redonda 7 Terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa (TADE)**

Moderadoras: Catarina Lucas (*CHUC*) e Alexandra Ferreira (*CHUAP*)

Dados concretos em HD

Joana Rodrigues (*CHEDV*)

Consenso de farmacêuticos

Sandra Martins (*CHUSJ*)

16:00-16:45h **Mesa-Redonda 8 Interdisciplinaridade**
Moderadoras: Luísa Guimarães (*CHPV/VC*) e Marta Morgado (*ULSG*)
Reabilitação
Pedro Gameiro (*ULSNA*) e João Moreira (*ULSCB*)
Nutrição
Dina Matias (*CHVNG/E*)

16:45-17:15h Pausa

17:15-18:15h **Mesa-Redonda 9 Doentes cirúrgicos em HD**
Moderadoras: Susana Cavadas (*CHBV*) e Mónica Rebelo (*HSO*)
Desafios de referência e acompanhamento
Nuno Bernardino (*CHUAP*)
Abordagem multidisciplinar do doente cirúrgico
Gonçalo Rocha (*CHUSJ*)
Casuística e reflexão de uma Unidade de HD cirúrgica
Guida Lopes (*CHBM*)

18:15-18:45h **Reflexões finais**

18:45h **Sessão de Encerramento**



3º Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária



Programa digital



Posters

PO 01

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: REALIDADE COMPARATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL – ISRAEL, PORTUGAL E REINO UNIDO

Pedro Ferraz-Gameiro¹; Filipe Monteiro¹; Cidália Freitas²; Cristiana Costa³

¹Hospital Santa Luzia de Elvas; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; ³Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Na HD do Reino Unido, as características são semelhantes entre Inglaterra, Escócia e País de Gales, apesar das diferenças geográficas, culturais e sociais. Esta modalidade de internamento, que existe em alternativa ao internamento dito convencional e/ou hospitalar, encontra-se na dependência do *National Health System* (NHS), sendo na sua maioria tendencialmente gratuita, podendo existir serviços de HD privados. A HD em Israel assenta na base de um dos quatro seguros de saúde obrigatórios – *Health Maintenance Organization* (HMO's). Fora desse regime, pode ser providenciada de modo privado.

A norma nº 20/2018 de 20/12/2018, publicada no sítio <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/12/20/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta/>, regula as práticas em Hospitalização Domiciliária (HD) em idade adulta em Portugal.

Este trabalho tem como objectivo apresentar

uma reflexão sobre a realidade da HD nacional e internacional, nomeadamente da realidade no Reino Unido e em Israel.

No que diz respeito à HD, as realidades presentes no Reino Unido e Israel têm particularidades distintas, tal como a nossa realidade em Portugal. Estas particularidades não constituem necessariamente diferenças. Nesta reflexão sobre a realidade comparativa da HD no Reino Unido e Israel iremos focar as semelhanças e as diferenças entre estas duas realidades

De carácter relevante, surgiu, no decorrer deste trabalho de reflexão, a necessidade de identificar pontos de convergência e de divergência entre as realidades abordadas, de modo a permitir uma análise comparativa mais clara e que permitisse evidenciar todos os pontos essenciais.

Decorrente da análise que foi realizada sobre as realidades no Reino Unido e em Israel, foram obtidos pontos de potencial evolução da realidade nacional permitindo assim um crescimento sustentado desta, por ainda, nova realidade de internamento no nosso País.

PO 02

PAPEL DA REABILITAÇÃO NO CICLO DE VIDA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Pedro Ferraz-Gameiro¹; Filipe Monteiro¹; Cidália Freitas²; Cristiana Costa³

¹Hospital Santa Luzia de Elvas; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; ³Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

O ciclo de vida humano inicia-se com a gravidez. Segue-se o período neonatal, a juventude, a idade adulta e, por fim, a idade geriátrica.

Este trabalho consiste numa reflexão sobre a importância da reabilitação em todas as fases do ciclo de vida humano, desde a gravidez e período neonatal até à promoção de um envelhecimento saudável, durante o internamento em Hospitalização Domiciliária. Visto se tratar de um internamento “hospitalar” não poderá estar dissociado dos indicadores de qualidade a ele inerentes, que também, em termos de reabilitação, são diferentes consoante a fase do ciclo da vida que abordamos.

Em HD os profissionais da equipa multidisciplinar encontram-se preparados para lidar com uma incontável diversidade de fatores, quer sejam eles externos ou internos, que tornam ímpar a sua atividade assistencial. Os cuidados de reabilitação em HD devem ser encarados como uma transição de cuidados, entre os cuidados prestados durante o internamento agudo e os cuidados em ambulatório/na comunidade. A HD demonstrou resultados bastante positivos no que diz respeito à redução das complicações, de custos, maiores índices de satisfação e redução da sobrecarga do cuidador

O modelo da reabilitação em regime de HD corresponde a uma área pouco explorada no nosso país. Esta afirmação prende-se com o facto da HD ter tido início em Portugal no ano de 2018 quando comparada com as outras realidades internacionais mais estabelecidas. Não obstante, esforços nacionais estão a ser realizados no

âmbito de normatizar a prática dos cuidados de reabilitação em regime de HD, de modo que graças à multidisciplinaridade inerente à equipa de HD associada e complementar à equipa de reabilitação, estabelecer sinergias que levem a um melhor desempenho na prestação dos cuidados centrados no doente.

Podemos então concluir que é necessário formar profissionais no âmbito destas equipas multidisciplinares de modo a poder prestar cuidados de qualidade em todas as fases do ciclo de vida nas Unidades de HD existentes e que virão a ser criadas.

PO 03

DO KM 0 A 2023, UM ANO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Daniel Pereira; Olívia Cardoso; Fernando Salvador; Dulce Pereira; Paula Coelho; Sandrina Carvalho; Clotilde Tomás; Joana Cunha; Catia Canelas; Helena Gonçalves; Sílvia Rodrigues; Tiago Monteiro; Patrícia Alves; Vânia Pereira
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Uma equipa de Hospitalização Domiciliária inicia funções há cerca de 1 ano e propõe-se a servir uma região abrangente e uma população ímpar nos seus atributos.

Concluído o seu primeiro ano de atividade, foram incluídos 200 utentes em hospitalização domiciliária, avaliados em mais de 2780 visitas ao domicílio distribuídas por cerca de 1360 horas decorridas junto de um utente devolvido ao seu ambiente e em íntima proximidade com os seus cuidadores e conviventes, renovando naqueles uma aptidão derrotada com a paulatina acomodação aos serviços de saúde das últimas décadas, expandindo a fricção dos utentes com a saúde em Portugal.

A equipa partilhou mais de 2740 horas em viagem, recuperando dinâmicas operacionais perdidas com as rotinas mais exclusivas e desagregadas dos lugares comuns da enfermaria,

consulta e urgência e devolvendo um modelo unificado da prática clínica ao utente e sua família, ao Serviço Nacional de Saúde e aos seus profissionais.

Este trabalho propõe-se a divulgar a casuística que suporta um novo modelo de sustentabilidade, elevando a pertinência de uma reforma profunda e um investimento rigoroso num caminho que se faz caminhando.

PO 04

O IMPACTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ATIVIDADE DE UMA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Pedro Raposo; Ricardo Rio; Lurdes Toscano
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A reabilitação consiste numa área de especialização em enfermagem detentora de conhecimentos e procedimentos específicos que ajudam a maximizar o potencial funcional e a independência de pessoas com doenças agudas e crónicas agudizadas. Esta intervenção em ambiente domiciliário constitui um desafio para a enfermagem em reabilitação contemporânea, assim como uma situação privilegiada para ajudar a população, possibilitando ajustar o meio às reais necessidades.

Objetivo: Avaliar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na promoção da independência em doentes no contexto de internamento em hospitalização domiciliária (HD).

Metodologia: Estudo quantitativo. Com foco nos diagnósticos andar; andar com auxiliar de marcha; autocuidado: higiene; autocuidado: ir ao sanitário; equilíbrio corporal; pôr-se de pé; posicionar-se e transferir-se, foram aplicadas intervenções nas dimensões da aprendizagem de capacidades e do prestador de cuidados nos internamentos entre 1 de outubro de 2021 a 31 de outubro de 2022. A avaliação da intervenção foi realizada com a aplicação da escala de bar-

thel na admissão e em consulta telefónica de enfermagem um mês após a alta clínica. Foram excluídos doentes com índice de barthel igual a 100 na admissão, residentes em estruturas residenciais para idosos, retornos hospitalares ou reinternamentos, doentes incorporados em ensaios clínicos e doentes que não atenderam o telefone para a consulta de enfermagem.

Resultados: Com a implementação da intervenção especializada do EEER verificou-se uma progressiva redução na gravidade da dependência na escala de barthel, com maior impacto na dependência avaliada em moderado e leve (redução de 15,6% para 9,1% nos moderados e 59,7% para 39% nos leves). Verificou-se que 33,7% dos internamentos atingiram a classificação máxima, classificando-se como independentes.

Conclusão: A intervenção do EEER desenvolveu com o doente e cuidador estratégias que contribuíram para uma maior autonomia dos mesmos no contexto domiciliário, após fenómenos de transição como saúde-doença e domicílio-hospital. O EEER tem um papel fundamental no *empowerment* do cuidador, prevenção de reinternamentos, altas precoces, literacia em saúde e na promoção da imagem do profissional na sociedade em que se encontra inserido.

PO 05

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, UM MODELO PARA O UTENTE SATISFEITO

Sandrina Santos Carvalho; Dulce Pereira;
Paula Coelho; Olívia Cardoso; Daniel Pereira;
Clotilde Tomaz; Fernando Salvador
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Unidade Hospitalar de Chaves*

Produzir indicadores que permitam acompanhar e analisar comparativamente os resultados em termos de qualidade e de desempenho assistencial; Promover a melhoria da qualidade do sistema de hospitalização domiciliária (HD); Assegurar o sucesso, promovendo uma cultura de qualidade, exigência e responsabilidade;

Garantir a credibilidade do desempenho e uma cultura de melhoria continuada da organização, do funcionamento e dos resultados de HD.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional analítico que inclui 80 utentes e respetivos cuidadores integrados na unidade HD no decorrer do primeiro ano de atividade. Os dados foram recolhidos, de abril de 2022 a março de 2023, através da aplicação de um inquérito de qualidade aos utentes/cuidadores.

De um universo de 100 utentes, 80 responderam e participaram no inquérito de satisfação concomitantemente com os respetivos cuidadores. Tendo por base os resultados obtidos relativamente à satisfação com a equipa médica e de enfermagem, satisfação relativa à informação prestada, nível de avaliação da equipa que fez o acompanhamento e satisfação com o serviço utilizado, verifica-se que, de uma forma global, os inquiridos consideram-se muito satisfeitos com o serviço prestado. Em todos os parâmetros, a maioria dos inquiridos avalia-os no nível Muito Bom.

Constata-se que a grande maioria dos inquiridos (95%), considera que o balanço global do impacto do serviço hospitalização domiciliária na vida dos utentes e cuidadores é de um nível de satisfação bastante elevada, com a grande maioria a classificar todos parâmetros de Muito Bom.

PO 06

TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO, EM CONTEXTO DE HD – ESTUDO DE CASO

Sónia Pequito; Paula Branco Morais
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução e objetivos: As infeções no pé diabético são muitas vezes complicadas por inúmeras outras comorbilidades médicas, que podem evoluir rapidamente para a perda do membro, sendo a etiologia das lesões multifatorial. Segundo a DGS, o pé diabético é uma das

complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares, pelas pessoas com diabetes e o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um estudo de caso de um utente diabético, submetido a amputação, cujo pós-operatório foi realizado em contexto de hospitalização domiciliária.

Caso clínico: Homem de 78 anos, previamente independente nas AVD's; reside em domicílio próprio com a esposa. Utente com vários antecedentes pessoais (DM tipo 2 NIT, Doença arterial periférica, HTA, DPOC tabágica, ICC, AVC), polimedicado e com múltiplos internamentos. É internado num serviço de Cirurgia Vasculiar por necrose infetada do D5 do MID e submetido a desarticulação.

No pós-operatório, é transferido para a Unidade de Hospitalização Domiciliária, sob antibioterapia endovenosa, que cumpre durante 12 dias, com redução significativa de parâmetros inflamatórios. A ferida apresentou uma boa evolução cicatricial, tendo-se utilizado um apósito com prata. Durante o internamento, capacitado utente e família, para a promoção de medidas adaptativas à nova condição de doença. Solicitado também, o apoio da dietista, para uma suplementação proteica, bem como da assistente social, para a aquisição de ajudas técnicas.

Feita referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e realizada visita conjunta, com a equipa de enfermagem da ECCI, da área de residência do utente, de forma a assegurar a continuidade de cuidados.

Conclusão: O presente caso pretende destacar a importância do internamento em hospitalização domiciliária do utente com pé diabético, através de uma abordagem multidisciplinar. Em 21 dias de internamento, verificou-se uma rápida evolução cicatricial da ferida cirúrgica, o envolvimento efetivo da família, bem como, permitiu assegurar

uma continuidade de cuidados após a alta, o que indubitavelmente, contribui para a recuperação e qualidade de vida do utente.

PO 07

INTERNAMENTO DOMICILIÁRIO DURANTE A GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Cláudia Viegas; Mufulama Cadete; Ana Marques; Andreia Nunes; Sara Ramalho; Sílvia Santos Pereira; Ana Gomes; Pedro Beirão; Conceição Escarigo; Vitória Cunha; Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: a gravidez e puerpério são períodos de particular fragilidade na saúde da mulher, exigindo cuidados de saúde diferenciados. Há situações de doença aguda que requerem internamento hospitalar durante este período. Contudo, a permanência em internamento convencional associa-se a stress, não só emocional pelo distanciamento da família, mas também clínico pelo risco de infeção nosocomial.

Objetivos: para otimizar os cuidados de saúde prestados às grávidas e puérperas e minimizar o impacto da doença aguda nesta fase, foi iniciada uma colaboração entre a Obstetria e a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Métodos: realizaram-se sessões clínicas no Hospital com o intuito de dar a conhecer a hospitalização domiciliária aos colegas de diversas especialidades, nomeadamente Obstetria.

Nas sessões foram abordados os princípios básicos e vantagens da UHD, critérios de admissão, e processo de referenciação.

Resultados: os colegas de Obstetria reconheceram a vantagem deste modelo e iniciaram a referenciação regular de grávidas e puérperas com doença aguda para internamento domiciliário. Desde 2016 verificaram-se 77 internamentos de grávidas/puérperas. As infeções do trato urinário foram a causa principal de internamento nas grávidas, e nas puérperas foram as infeções de ferida cirúrgica (cesariana). A estratégia terapêutica foi definida em concor-

dância com as duas equipas clínicas e as utentes mantiveram acompanhamento regular pela Obstetria ao longo do internamento. Verificou-se um pico de internamentos durante o período da pandemia COVID, minimizando o risco de contágio destas utentes e recém-nascidos, sem as privar do tratamento de que necessitavam. Não se verificaram retornos hospitalares não programados.

Conclusões: o tratamento das grávidas e puérperas admitidas em UHD foi de eficácia semelhante ao internamento dito convencional, sem intercorrências clínicas a destacar. Acresce a elevada satisfação e segurança por parte das utentes e famílias, não só por poderem manter o contacto familiar e reduzir o stress num período particular da sua vida, mas também pelo menor risco de nosocomialidade. Houve também elevada satisfação por parte dos colegas de Obstetria com uma crescente referenciação de utentes.

PO 08

CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES ALVO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Luís Miguel Azevedo Rebelo; Nuno Fernando Batista Pinho; Sandra Isabel de Sousa Ferreira
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: Devido à prevalência da doença crónica e consequente dependência no autocuidado, motivado pelo envelhecimento da população portuguesa, remete-se para uma maior necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 1.

A Enfermagem de Reabilitação atua na prevenção de incapacidades, na promoção da independência e autonomia, na educação para a saúde, na reinserção na família e na comunidade, resultando na melhoria da qualidade de vida 2.

O nível de conhecimentos e experiência diferenciada, permite ao EEER, desenvolver processos de tomada de decisão para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas 2.

A HD assume-se como um fator facilitador no processo de transição, tendo o EEER um papel determinante na capacitação do doente e/ou familiar cuidador.

Objetivo: Caracterizar os doentes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo realizado entre março e dezembro de 2022.

Recolha de dados no SClínico.

Resultados: No período em análise, foram alvo dos EEER 35 doentes, dos quais 68,5% eram do sexo masculino e com média de idade de 67,5 anos. 88,6% dos doentes tinham compromisso cardiorrespiratório, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica (31,4%), pneumonia adquirida na comunidade (31,4%), ic (14,3%), infeções víricas (11,4%). Os restantes eram Síndrome de Desuso (8,6%) e Infecção de Prótese (2,9%). De acordo com as *guidelines*, estariam previstas um mínimo de 100 sessões de reabilitação. No entanto, face à ausência de horas para reabilitação no contexto clínico, apenas 68,0% foram realizadas, e destas, 50,0% ocorreram ao fim de semana. Todavia, após a análise do Índice de Barthel (IB) verificamos melhoria significativa dos níveis de dependência no autocuidado. Média IB inicial 85 e média IB final 90.

Conclusão: Perante os resultados, releva-se a necessidade de horas adstritas para executar planos de reabilitação personalizados, proporcionando maior independência e autonomia do doente e/ou familiar cuidador e consequentemente ganhos em saúde.

PO 09

INTERNAMENTO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Isabel Marques Correia; Catarina Reigota; Catarina Lucas; Francisco Parente
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de elevada prevalência na população adulta portuguesa, que atinge os 12,7% na faixa etária acima dos 70 anos. Está associada a morbilidade e mortalidade (12,5% em 2014) significativas. Os episódios de descompensação motivam recurso frequente à urgência e internamentos. Em 24% destes últimos há readmissão a 30 dias da alta hospitalar. As unidades de hospitalização domiciliária (UHD), como alternativa ao internamento convencional, prestam cuidados diferenciados, contribuem para a melhoria da qualidade de vida do doente, obviando algumas complicações hospitalares.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com IC internados na UHD de um hospital central nos primeiros 17 meses de atividade.

Métodos: Análise retrospectiva de registos clínicos de doentes internados por IC descompensada numa UHD entre 6 de outubro de 2021 a 11 de março de 2023.

Resultados: No período de 17 meses, 31% (n = 76) dos doentes internados tinham IC descompensada, sendo 63,2% do sexo feminino. A média de idades foi 81,9 anos. Provieram da urgência 56,6% dos doentes, 38,2% do internamento e 5,3% da consulta externa. A demora média do internamento foi 9,9 dias.

A maioria dos doentes (93,4%) tiveram, no máximo, um internamento por IC no último ano, tendo os restantes dois a três. As principais etiologias da IC foram hipertensiva (26,3%) e valvular (21,1%). A maioria dos doentes (73,7%) tinham a IC estratificada e 85,7% destes com fração de ejeção preservada. Do total de doentes, 23,7%

estavam sob terapêutica crônica com inibidor da sódio-glucose cotransporter-2. Segundo a escala da *New York Heart Association*, 64,5% dos doentes estavam em classe III e 26,3% em classe IV. O principal fator de descompensação foi a infecção (76,3%). Houve intercorrências em 30,3% dos doentes, sendo a diabetes descompensada a mais frequente (6,6%).

Faleceram 3,9% (n = 3) de doentes, 2,6% foram transferidos para internamento convencional, 13,2% tiveram alta seguida de reinternamento a 30 dias e 80,3% tiveram alta sem reinternamento neste período. Dos doentes com alta, faleceram mais 3, sendo 7,9% a taxa de mortalidade a 30 dias.

Conclusão: As taxas de mortalidade e reinternamento a 30 dias obtidas nesta análise, sendo inferiores aos números conhecidos em internamento convencional, validam esta UHD como uma alternativa.

PO 10

CASUÍSTICA DO INTERNAMENTO POR INFECÇÃO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Isabel Marques Correia; Catarina Reigota; Catarina Lucas; Francisco Parente
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A patologia infecciosa tem uma prevalência significativa nos internamentos em unidades de hospitalização domiciliária (UHD). Estas prestam cuidados médicos com diferenciação hospitalar, melhorando a qualidade de vida do doente e minimizando complicações nosocomiais.

Objetivo: Analisar a prevalência de diagnósticos e focos de infecção da população de doentes internados na UHD de um hospital central nos primeiros 17 meses de atividade.

Métodos: Análise retrospectiva de registos clínicos de doentes com infecção internados numa UHD entre 6 de outubro de 2021 a 11 de março de 2023.

Resultados: No período de 17 meses, 81,6% (n = 200) dos doentes internados tinham, pelo menos, um diagnóstico de infecção, sendo 52% destes do sexo feminino. A média de idades foi 76,3 anos. Provieram da urgência 48% dos doentes, do internamento 47%, da consulta externa 4% e do hospital de dia 1%. A demora média do internamento foi 10 dias.

Do total de infecções 43,7% eram respiratórias, 34,5% urinárias, 8% intra-abdominais, 5% da pele e tecidos moles, 3,4% sistêmicas, 2,9% osteoarticulares e 2,5% cardiovasculares. Das infecções respiratórias, os diagnósticos mais frequentes foram a pneumonia (55,8%) e a bronquite aguda (32,7%). Das infecções urinárias, o mais frequente foi a pielonefrite aguda (41,2%). O número médio de diagnósticos de infecção por doente é 1,1. Em 51,6% das infecções foi isolado, pelo menos, um agente etiológico. Nas infecções respiratórias foram identificados agentes em 26,9% das infecções, sendo o Vírus Sincicial Respiratório e *Influenza A* os mais frequentes (26,9% cada). Nas infecções urinárias foram identificados agentes em 82,4% das infecções, sendo a *Escherichia coli* (27,1%) e *Klebsiella pneumoniae* (22,9%) as mais frequentes. Foi administrada antibioterapia endovenosa a 92% dos doentes.

A maioria dos doentes teve nível de severidade de 2 (51%) e 3 (31,5%), assim como risco de mortalidade 2 (39%) e 3 (30,5%). Faleceram 4% (n = 8) de doentes, 4,5% foram internados no hospital, 8,5% tiveram alta seguida de reinternamento a 30 dias e 83% tiveram alta sem reinternamento neste período. A taxa de mortalidade a 30 dias foi 7%.

Conclusão: A UHD tem potencial para tratar diferentes tipos de infecções, a maioria das quais em doentes com nível de severidade e risco de mortalidade intermédio, sendo fundamental a formação e capacitação do doente e cuidador.

PO 11

ACESSOS VASCULARES ENDOVENOSOS: COLOCAÇÃO DE CATETERES DE LINHA MÉDIA (MIDLINES) EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Anabela Santos; Maria Almeida Alves; Paulo Couto; Pedro Vieira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na escolha, colocação, manipulação e manutenção dos dispositivos vasculares endovenosos. É cada vez mais frequente os doentes serem portadores destes dispositivos, quer estejam internados no hospital, domicílio ou na comunidade. Assim, torna-se fundamental o ensino e instrução do doente e/ou cuidador nos cuidados inerentes a estes dispositivos, de forma a prevenir as complicações mais comuns como dor, flebite e infeção do local de inserção do cateter.

A equipa de enfermagem desde 2022, tem investido em cursos e formações na área da colocação de cateteres de linha média (PowerGlide Pro) o que têm possibilitado a colocação destes dispositivos nos doentes internados no nosso serviço. O uso de técnicas ecográficas para o mapeamento do património vascular permite a escolha do dispositivo adequado, a execução de uma técnica de inserção mais segura, e a seleção de uma veia de maior calibre. Isto minimiza os riscos e as eventuais complicações associadas ao procedimento e possibilita um aumento na durabilidade do cateter.

De agosto 2022 a abril 2023, a equipa de enfermagem colocou um total de 35 midlines em utentes que tinham uma previsão de tratamento com terapêutica endovenosa entre 10 e 30 dias. Da análise quantitativa e retrospectiva dos resultados obtidos, podemos concluir que a maioria destes utentes tinham uma classificação de grau 4 na aplicação da “escala de avaliação de veias periféricas” em uso no serviço (UK *Vessel Health and Preservation* 2020). Dos dispositivos

inseridos, 33 tiveram a duração desejável (até final do tratamento), um midline foi retirado por óbito, e outro substituído por cateter central de inserção periférica (por exigência das características do fármaco-pH).

É crucial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estejam dotados de conhecimentos científicos atualizados, e indispensável a existência de normas e protocolos que servem de apoio e sustentam uma prática clínica segura e de qualidade. A prática de colocação deste tipo de dispositivos ainda é recente no nosso serviço. No futuro, esta prática deverá ser corrente e estendida a todo o hospital, contribuindo para que os doentes tenham um cuidado de excelência.

PO 12

COMUNICAÇÃO E COOPERAÇÃO ENTRE INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM) E UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (UHD)

Ricardo Filipe Rio¹; Fábio Martins²; Rui Alves²; Isabel Rabiais³

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Instituto Nacional de Emergência Médica; ³Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa

No atual contexto social e demográfico, torna-se determinante a existência de um quadro de proteção e cooperação adequado e estreito entre instituições, nomeadamente as hospitalares com as unidades de hospitalização domiciliárias e as instituições ligadas ao sistema integrado de emergência médica, nomeadamente o Instituto Nacional de Emergência Médica, formando uma simbiose no acompanhamento adequado aos Cidadãos, cumprindo o designado na Base I da Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro.

Com a modalidade de Hospitalização Domiciliária, passou a ser possível o internamento do Cidadão no domicílio, com o apoio dos profis-

sionais do Hospital, dos familiares e/ou outros, sendo um (...) modelo de prestação de cuidados em casa,(...), proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde(...). Despacho n.º 9323-A/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 191 – 3 de Setembro de 2018.

No domicílio, a ocorrência de alteração súbita do estado de saúde do cidadão é uma possibilidade, necessitando este de regressar ao hospital de forma programada e articulada com o mesmo. Por outro lado, caso esta alteração se torne numa situação emergente, é determinante recorrer ao apoio de uma estrutura que permita transferência célere até ao hospital, podendo existir cooperação com o INEM, dado que é o garante de uma “(...) pronta e correta prestação de cuidados de saúde, (...) do transporte assistido das vítimas para a Unidade de Saúde adequada e da articulação entre os vários estabelecimentos hospitalares. Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro

Em conclusão poderiam ser estudados e criados mecanismos facilitadores na comunicação entre INEM e UHD, como a;

- Apresentação da modalidade de Hospitalização Domiciliária aos Profissionais do INEM e apresentação do INEM, sua missão, visão e valores junto da Coordenação Nacional da Hospitalização Domiciliária;
- Criação de um fluxograma que contemple Doente internado em UHD com acesso a informação geográfica e clínica, relevante;
- Articulação Médico UHD e Médico regulador CODU para realização de transporte do Doente em UHD à unidade de Saúde;

PO 13

ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS, DOMICÍLIO DO DOENTE INTERNADO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS DE PROTOCOLO

João Domingos; ,Joana Grilo;
Ana Catarina Marques; Hugo Caldeira;
Carlos Almeida; Isabel Antunes; Eufémia Calmeiro;
Paulina Mariano; Soraia Proença Silva;
Maria Eugénia André
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

O processo de envelhecimento é pautado por alterações fisiológicas e patológicas que podem exigir uma maior necessidade de apoio e cuidados. As estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPIs) constituem uma resposta social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas. Quando elegíveis, as ERPIs constituem o domicílio do doente para internamento em Hospitalização Domiciliária (HD). Apresentamos como objetivo a descrição e análise retrospectiva de dois anos de protocolo e intervenção com ERPIs para internamento de doentes em HD.

Procedeu-se a uma análise descritiva dos doentes internados em HD no ano de 2021 e 2022 tendo como domicílio duas ERPIs com quem se realizou previamente protocolo.

Em dois anos foram internados onze doentes, correspondendo a 3% do total de internamentos, sendo a proveniência, em 55% dos casos do serviço de urgência, 27% directamente das ERPIs e 18% do internamento. A média de idades foi 87,5 anos e são em 91% dos casos do género feminino. O elevado grau de incapacidade funcional é traduzido por um Barthel médio de 10 pontos. Os diagnósticos por ordem de prevalência foram, a Infecção por Covid 19, doentes Paliativos, Pneumonia, Cistite, e Infecção de Úlcera de perna. Entre as várias intervenções, os utentes estiveram sob terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa em 82% dos casos e os restantes 18% sob a admi-

nistração subcutânea contínua de outras terapêuticas. Estes doentes totalizaram 84 dias de internamento com uma demora média de 7,6 dias. Oito doentes tiveram alta e três faleceram. Atendendo às especificidades das ERPLs, em 63% dos casos houve articulação e partilha entre a equipa de saúde das instituições e a equipa da HD. A Úlcera por Pressão foi a única intercorrência.

Com a experiência acumulada consideramos que o internamento em HD de doentes com residência em ERPLs traz benefícios inerentes a esta tipologia de internamento, acrescentando outros como a garantia de cuidador e a possibilidade de articulação com a equipa de saúde que regularmente acompanha o doente. Apesar de existir um número reduzido de doentes tratados em HD, de modo a evitar a saturação do internamento convencional com doentes institucionalizados, consideramos tratar-se de uma área a investir, nomeadamente com a criação de mais protocolos com outras ERPLs e/ou instituições.

PO 14

DESENVOLVIMENTOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DO SERVIÇO SOCIAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

Mónica Alexandre

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Objetivos: A inexistência de linhas orientadoras da intervenção do assistente social na área da hospitalização domiciliária (HD), pertinente pelas suas especificidades no plano da política de saúde em Portugal e pela previsão da sua expansão e consolidação nos próximos anos, coloca o desafio da produção de conhecimento e de evidência que lhe dê sustentação.

O desenvolvimento de referenciais de intervenção do serviço social poderá constituir-se como um contributo científico socialmente relevante para a definição de uma política de cuidados de saúde de qualidade.

O objetivo deste trabalho enquadra-se no âmbito do Projeto de Tese de Doutoramento em Serviço Social (Programa Interuniversitário da Universidade de Coimbra e Universidade Católica Portuguesa).

Métodos: A opção metodológica da investigação será o uso de métodos mistos.

Na primeira fase será realizada uma abordagem quantitativa com objectivo de caracterizar e analisar o perfil socioeconómico e sociofamiliar dos utentes propostos e admitidos para HD; caracterizar e analisar os determinantes sociais multidimensionais da saúde e da doença identificados nos processos de utentes em HD.

Será sistematizada uma base de dados de utentes admitidos e não admitidos em Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) do SNS avaliados por assistentes sociais no ano de 2022 para definir o perfil socioeconómico e sociofamiliar dos utentes. A amostragem será não probabilística, baseada na técnica de recolha através de informantes estratégicos, e dependerá da autorização de cada UHD.

Numa segunda fase, a investigação recorrerá ao método qualitativo de recolha de dados *Focus Group* para analisar os indicadores usados por assistentes sociais no processo de avaliação social na admissão à HD. Numa terceira fase, irá utilizar-se o método Delphi enquanto Painel de Peritos para a obtenção e validação de consensos.

Resultados Esperados: O *output* que resultará da investigação será a definição de um referencial orientador de boas práticas de avaliação multidimensional e de intervenção do Serviço Social em UHD.

Conclusões: O assistente social, enquanto recurso humano integrado na equipa multidisciplinar das UHD tem sido apontado como constituindo uma mais-valia na avaliação do utente numa abordagem biopsicossocial, integrada, humanista e holística da saúde.

PO 15

RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Daniela Madeira; Rui Osório; Ana Brito;
Fernando Aldomiro
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A reconciliação terapêutica corresponde a um processo complexo e contínuo que visa manter a lista da medicação habitual atualizada e completa. Esta deve ser feita sempre que existe transição entre cuidados. Tem como principal objetivo a segurança do doente, através da diminuição dos erros terapêuticos, como duplicação, omissão ou sobreprescrição e interações medicamentosas.

Objetivos: Analisar e descrever a reconciliação terapêutica feita à data da alta da unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

Material e métodos: Realizámos um estudo retrospectivo dos doentes admitidos na UHD que tiveram alta entre 1 de novembro de 2022 e 30 de abril de 2023. Analisámos variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, raça, residência) e clínicas (antecedentes pessoais, medicação habitual), assim como as alterações à terapêutica crónica realizadas durante o internamento.

Resultados: Dos 131 doentes internados, foram excluídos os que tiveram de ser readmitidos em enfermaria por agravamento clínico (n = 6). A idade média foi de 67,6 anos e 86,4% dos doentes residiam no domicílio e os restantes em lar. Foi calculado um índice de Charlson médio de 4,2 e metade dos doentes estavam polimedicados. Foi feita simplificação terapêutica em 16 doentes (12,8%), identificados 10 doentes (8%) com posologia errada e 8 (6,4%) com fármaco incorreto. A classe farmacológica alvo de mais alterações foi a dos antihipertensores (27 doentes), seguida dos antidiabéticos e anticoagulantes (ambos com 6 doentes). Não se verificaram diferenças significativas entre os doentes residentes em lar ou no domicílio. Relativamente aos doentes cuja terapêutica foi

simplificada, tinham idade superior (idade média 76,06 anos) e a maioria estava polimedicada (56,25%). Estes doentes apresentavam um índice de Charlson mais baixo (5,55 vs. 6 nos doentes em que não foi feita simplificação).

Conclusão: A proximidade da UHD com a família / cuidadores permite analisar mais eficazmente e ajustar a terapêutica crónica, permitindo uma melhor e correta reconciliação terapêutica. Este processo é fundamental, pois existem muitos doentes com sobreprescrição. Os doentes com menos carga de doença estavam mais sobremedicados e, por isso, foram feitas mais alterações terapêuticas.

PO 16

RIM INFETADO, RIM CULTIVADO – 1 ANO DE PIELONEFRITES AGUDAS EM UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Jessica Paiva Fidalgo; Catarina Tavares Valente;
Raquel Saraiva Figueiredo; Carina Santos;
Sónia Coelho; Paula Neves; João Correia
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Objetivos: Caracterizar os doentes admitidos por Pielonefrite Aguda (PNA), numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), tendo em conta os agentes isolados em uroculturas e antibioterapia realizada.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, através da consulta do processo clínico dos doentes internados por PNA, na UHD de um hospital distrital, de 1 de Maio de 2021 a 31 de Maio de 2022. Critérios de inclusão: diagnóstico de PNA em doentes com idade \geq 18 anos. Análise estatística: Microsoft Excel.

Resultado: Dos 123 internamentos na UHD, 18 foram por PNA: 88.9% complicada (37.5% por alteração anatômica ou funcional do trato urinário), 11.1% não complicada. 16.7% correspondem a reinternamentos. Verificou-se maior prevalência de PNA no género feminino (72.2%; idade média 39.8 anos) do que no masculino

(idade média 78.8 anos). Nenhum dos internados provinha de instituições de saúde, nomeadamente ERPI ou UCC. A duração média de internamento foi de 10.2 dias. 66.7% das referências provieram do serviço de Urgência, 22.2% das enfermarias de Medicina Interna e 11.1% da Consulta externa. À admissão hospitalar, 77.8% dos doentes referiam febre, 88.9% dor no flanco e 61.1% outros sintomas, nomeadamente disúria. 3 doentes tinham realizado antibioterapia prévia, sem melhoria. O valor de PCR à admissão era superior a 0.5 em 94.4% dos casos e superior a 20 em 33.3% dos casos. Das 11 uroculturas com isolamento de agente, realizadas à admissão: 1 *Candida Albicans*; 1 *Citrobacter koseri*; 1 *Myroides odoratimimus*; 1 *Klebsiella pneumoniae* ESBL; 2 *Enterococcus faecalis*; 3 *Escherichia coli*; 3 *Pseudomonas aeruginosa*; 5 negativas; 2 polimicrobianas. 1 dos doentes apresentava bacteriemia a *E. coli*. 12 doentes realizaram antibioterapia empírica (9 Ceftriaxone); 6 antibioterapia dirigida (6 com cefalosporina, 2 carbapenem, 2 quinolona); foi descalada antibioterapia segundo TSA, em 6 doentes. Dos 5 doentes com Pielonefrite Obstrutiva, 2 tiveram necessidade de colocar nefrostomia percutânea.

Conclusões: É fulcral sensibilizar os médicos para a importância da urocultura prévia ao início de antibioterapia, de modo a adequar os esquemas terapêuticos, minimizando a emergência de novas resistências. São necessários mais estudos para avaliar se o internamento em UHD diminui a taxa de reinfeção e duração de internamento.

PO 17

CARACTERIZAÇÃO DOS PRIMEIROS 250 DOENTES NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ana Catarina Gonçalves Lucas; Helena Temido; David Donaire; João Pina Cabral; Hélder Esperto; Francisco Parente

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) constitui um modelo de assistência que assegura os cuidados de nível hospitalar no domicílio, com todos os benefícios que deste formato advêm, desde a humanização dos cuidados à prevenção de infecções hospitalares.

Objectivo: Caracterizar os primeiros 250 doentes admitidos em regime de HD de um hospital terciário.

Métodos: Estudo retrospectivo com consulta dos processos clínicos dos doentes admitidos entre 6 de Outubro de 2021 e 12 de Março de 2023.

Resultados: Nos 17 meses iniciais foram admitidos 250 doentes. 52,8% eram do sexo feminino. A média de idades foi de 75,63 anos, com uma variação de 21 a 102 anos. A duração média de internamento foi de 10,07 dias. A proveniência a partir do serviço de urgência foi de 45,6%, do internamento de 44,4%, da consulta externa de 8,8%, e do serviço domiciliário 1,2%. Dentro do internamento, 81% foram provenientes do serviço de Medicina Interna e 13,5% de especialidades cirúrgicas. Nos diagnósticos principais, o grupo mais prevalente foi o das doenças respiratórias (25,6%), seguido de doenças do sistema genito-urinário (23,6%) e cardiovascular (20%). 42% dos doentes necessitaram de realizar antibioterapia IV e 54% necessitaram de oxigenoterapia durante o internamento. 63,6% dos doentes apresentavam um índice de severidade de 1-2 e 36,4% de 3-4. Quanto ao estado à data de alta, 86%

apresentavam melhoria, 6,8% apresentaram agravamento com retorno ao hospital, 2% retornaram ao hospital por opção do cuidador e 4,8% faleceram. Verificou-se uma taxa de reinternamento a 30 dias de 9,6% e a 90 dias de 26%. Relativamente à taxa de mortalidade a 90 dias, foi de 10,8%, sendo que destes doentes, 51,8% tinham mais de 80 anos e 22% apresentavam doença em estadió terminal.

Conclusão: Este estudo vem demonstrar, mais uma vez, a alternativa sólida que a HD constitui para as mais diversas patologias. Permite, desta forma, melhorar os cuidados prestados aos doentes numa vertente inovadora e personalizada.

PO 18

“ACOMPANHA” – CONSULTA NÃO PRESENCIAL DE ENFERMAGEM DE *FOLLOW-UP* DA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Marta Sofia Ferreira Morgado; Isabel Santos;

Ana Simão; Edgar Coelho; Lilliana Pereira;

Ana Raquel Fernandes

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Desde o momento da admissão até à alta deste serviço, o utente e seus cuidadores vão sendo capacitados para todos os cuidados. A única forma de avaliar e validar se os ensinamentos executados respondem às necessidades pós-alta, bem como detetar possíveis intercorrências é através de consultas de *follow-up*/seguimento.

Objetivos: Identificar as complicações mais comuns entre o momento da alta e o *follow-up* de enfermagem.

1. Apurar adesão ao regime medicamentoso, nutricional e ou de reabilitação de manutenção.
2. Prestar esclarecimentos relativamente a dúvidas que possam surgir após a alta.
3. Identificar problemas reais ou potenciais relacionados com o motivo de internamento anterior, que possa afetar negativamente o seu estado de saúde.
4. Prestar aconselhamento por forma a evitar

readmissões ou sugerir a procura de cuidados de saúde, caso as alterações assim o exijam.

5. Identificar o recurso a cuidados de saúde entre as 72h e os 30 dias, e quais os motivos.

Metodologia: Às 72h e 30 dias após a alta do internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária, é efectuada consulta de Enfermagem de *follow-up*, via telefónica.

Resultados: No período de maio de 2021 a abril de 2023 tiveram alta da UHD 218 doentes, dos quais foram seguidos em consulta informal de *follow up* 86, 7% (189 doentes). No decurso deste acompanhamento, pudemos constatar que a maioria dos doentes (165) não referiu qualquer queixa, o que perfaz 87,3% dos avaliados.

Analisando as principais queixas às 72h e 30 dias verificamos que a dor é a mais frequente em ambos.

Um doente faleceu entre antes da realização do *follow up* aos 30 dias.

Relativamente à necessidade de recorrer a cuidados de saúde, um doente recorreu ao médico de família e outro ao serviço de Urgência.

Os ensinamentos efetuados durante a consulta incidiram principalmente na gestão do regime terapêutico.

Conclusão: A adesão aos tratamentos manifesta-se sob formas diversas e em distintos momentos do processo terapêutico. A única forma de avaliar e validar se os ensinamentos executados respondem às necessidades pós-alta, bem como detetar possíveis intercorrências, é através de consultas de *follow-up*. O desenvolvimento tecnológico tem vindo a transformar as dinâmicas sociais e os modos de organização do trabalho e dos contactos profissionais, e cada vez mais permite melhorar o acesso aos cuidados de saúde.

PO 19

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL – OS NÚMEROS DOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Ana Isabel Oliveira¹; Maxim Jitari²; Ilda Veiga²; Tânia Outeiro²; Yahia Abuowda²

¹Hospital de Vila Franca de Xira; ²Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é uma alternativa ao internamento convencional, existe em Portugal desde 2015 e caracteriza-se por proporcionar cuidados de saúde de nível hospitalar em ambiente domiciliário. Neste Hospital, a HD existe desde 2019, admitindo voluntariamente doentes com critérios clínicos, sociais e geográficos.

Objetivos: Apresentar a análise da casuística do internamento em HD, comparando os dados dos anos de 2020, 2021 e 2022

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos em HD no ano 2020, 2021 e 2022 comparando e registando a evolução dos 3 anos analisados. Análise estatística realizada utilizando o Microsoft Excel.

Resultados: Em 2020, foram avaliados 304, 109 foram admitidos, a idade média foi de 64,2 anos. A duração média de internamento foi 9,5 dias, sendo que 89.8% dos doentes tiveram alta e 9 necessitaram de retorno ao hospital.

Em 2021, foram avaliados 556 doentes dos quais foram admitidos 184, com idade média de 77 anos. A duração média de internamento foi 7,5 dias, sendo que 95,7% dos doentes tiveram alta e 8 necessitaram de retorno ao hospital.

No ano de 2022, foram avaliados 627 doentes, 226 foram admitidos na unidade. A idade média foi de 63,06 anos. A duração média de internamento foi de 9,06 dias, apenas 11 dos doentes teve necessidade de retorno ao hospital, sendo que mais de 95% dos doentes teve alta. As infeções do trato urinário foram o motivo de internamento mais frequente em 2022 (N = 121) mas

também se verificou igual tendência nos outros anos analisados.

Ao longo dos 3 anos o número de visitas realizadas foi crescente sendo que em 2022 se realizaram 2334 visitas domiciliárias, em média cerca de 195 visitas mensais, com um total de 36610 Km percorridos.

Conclusões: Este modelo de prestação de cuidados é uma solução para o melhor desempenho dos cuidados hospitalares ao diminuir a pressão colocada sobre os serviços de internamento. Da análise conclui-se que a admissão nesta modalidade de internamento está em crescimento. O baixo número de doentes que necessitam de retorno hospitalar evidencia a resposta adequada oferecida. As infeções urinárias mantêm-se como principal diagnóstico de internamento. Este projeto assume-se como uma mais valia quer para o hospital, mas sobretudo para os doentes e familiares, garantindo cuidados de saúde de qualidade no seu domicílio.

PO 20

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE AS EQUIPAS DE GESTÃO DO DOENTE CRÓNICO E AS UNIDADES DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO

M^a Inês Risto; Luciana Sousa; Patrícia Sobrosa; Catarina Carvoeiro; Maria Muchata; Mafalda Gouveia; Mariana Xavier; Joana Couto; Joana Urbano; Maria Vilela; João Silva; Lurdes Beco; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O envelhecimento populacional trouxe desafios para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O aumento na prevalência de doentes com doença crónica resultou num aumento do consumo de recursos, levando a um SNS "congestionado" com consequente impacto negativo na qualidade de vida. As equipas de gestão de caso têm por objetivo promover maior proximidade entre profissionais e o doente, fomentar a capacitação para autogestão, prevenir agudizações e

se, na sua presença, atuar de forma célere para evitar admissão hospitalar. No entanto, perante a necessidade de internamento, a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) importa, na medida em que permite que o doente permaneça no domicílio. Nesse sentido, e porque na nossa Unidade Local de Saúde, estão a constituir-se as equipas de gestão de caso, consideramos ser o momento oportuno para reforçar a integração de cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e a UHD.

Numa primeira fase, realizamos um estudo retrospectivo durante o período de um ano, com o objetivo de caracterizar os doentes internados em UHD e identificar aqueles com critérios de doente crónico complexo. Dos resultados obtidos verificou-se que, dos 117 doentes da amostra inicial, 21 (22%) apresentavam critérios de doente crónico complexo. Destes doentes, nenhum tinha sido admitido diretamente do domicílio, 8 (38%) tinham sido admitidos do serviço de urgência (SU), 7 (33%) do internamento e 6 (29%) tiveram mais que um internamento em UHD, tendo sido referenciados tanto do SU como do internamento. Destes, todos apresentavam multimorbilidade e polifarmácia. Os dados mostram que, apesar da UHD dar resposta a uma percentagem ainda significativa de doentes crónicos complexos, nenhum destes terá sido admitido diretamente do domicílio. Assim, com o objetivo de melhorar a integração de cuidados, propomos a criação de um protocolo com as equipas de gestão de caso, de forma a promover uma avaliação mais célere em caso de agudização, de preferência no domicílio do doente.

PO 21

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL NO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, UM "FATO À MEDIDA"

M^a Inês Risto; Luciana Sousa; Patrícia Sobrosa; Maria Muchata; Mafalda Gouveia; Mariana Xavier; Joana Couto; Maria Vilela; Catarina Carvoeiro; Joana Urbano; João Silva; Lurdes Beco; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, define o envelhecimento como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos. O processo de envelhecimento, principalmente quando patológico, é muito variável de idoso para idoso e caracteriza-se por uma perda progressiva da funcionalidade global, da cognição e da capacidade comunicativa. A abordagem do idoso é, portanto, complexa do ponto de vista bio-psico-social e exige a criação de um Plano Individual e Integrado de Cuidados (PIIC). A Avaliação Geriátrica Global (AGG) é uma ferramenta que inclui, além da história clínica e exame físico, avaliação funcional, nutricional, cognitiva e social. Permite aumentar a precisão diagnóstica, diminuir o risco iatrogénico e facilitar as condutas preventivas.

Com o objetivo de caracterizar a população idosa admitida em Hospitalização Domiciliária foi realizado um estudo retrospectivo de dezembro 2021 a dezembro 2022. Dos resultados obtidos verificou-se que dos 117 doentes internados, 97 (83%) eram idosos. Destes, 84 (87%) viviam no domicílio, 13 (13%) estavam institucionalizados ou em famílias de acolhimento. 15 (15%) apresentavam risco social. 45 (47%) apresentavam alguma limitação funcional e 15 (15%) eram totalmente dependentes. Sem dados relativamente ao número de idosos vulneráveis/ frágeis, no entanto, todos apresentavam multimorbilidade e 84 (87%) polifarmácia, 67

(69%) risco nutricional, 11 (11%) depressão e 21 (22%) eram doentes crónicos complexos.

Em todos os doentes em risco, foi realizada intervenção nutricional e social, porém, a intervenção funcional ficou aquém do desejado. Os dados apresentados salientam, por um lado a importância de estabelecermos um PIIC ("fato à medida") e por outro, o facto de ser imprescindível a presença nas equipas UHD de profissionais das áreas da reabilitação, nutrição, serviço social e psicologia.

PO 22

REINTERNAMENTO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Catarina Reigota; Isabel Correia; Ana Rita Ramalho; Francisco Parente; Catarina Lucas
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A hospitalização domiciliária objetiva-se na prestação de cuidados de saúde com diferenciação de nível hospitalar no domicílio, permitindo reduzir a permanência hospitalar e as suas complicações.

Objetivo: Caracterizar os reinternamentos, após a alta numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Métodos: Estudo retrospectivo transversal unidimensional dos doentes internados nos primeiros 10 meses de funcionamento da UHD de um hospital terciário, que foram reinternados, no mesmo hospital (internamento clássico ou domiciliário). O tempo de seguimento médio após a alta foi de 30 dias. A recolha de dados baseou-se nas cartas de alta.

Resultados: Dos 137 doentes internados, 20 foram reinternados (14,60 %) (taxa de reinternamento ligeiramente superior ao internamento clássico de medicina interna para o mesmo período – 12,2%). Foram reinternados em enfermaria de Medicina Interna 11 doentes, novamente no serviço de UHD 1 doente e os

restantes noutros serviços, incluindo especialidades cirúrgicas.

Eram maioritariamente do género masculino (60%), com média de idade de 79,5 anos (40 a 97). A demora média de internamento foi de 11,4 dias. A maioria eram provenientes do internamento de Medicina Interna (40%). Eram previamente acamados 7 (35%) e 3 tinham neoplasia ativa. A insuficiência cardíaca era antecedente pessoal em 55%. Metade dos internamentos na UHD foi por patologia infecciosa aguda (50%), sendo a *Escherichia coli* e *Pseudomonas aeruginosas* os microrganismos mais isolados; e em 25% por patologia crónica agudizada como insuficiência cardíaca. Registaram-se 4 óbitos durante os reinternamentos (20%). A maioria (60%) dos reinternamentos foram por patologia infecciosa.

Conclusões: Os doentes readmitidos são semelhantes aos do internamento clássico de medicina: idosos e frágeis, traduzindo-se na elevada utilização de recursos hospitalares. As taxas brutas de reinternamento são semelhantes às do internamento clássico, o que reforça a segurança desta opção internamento.

É necessário a realização de mais estudos da casuística das UHD para melhor adequar esta nova modalidade de internamento à tipologia de doentes.

PO 23

CONSULTA TELEFÓNICA DE REAVALIAÇÃO PÓS-ALTA DE HD – UMA MAIS VALIA?

Ana Silva; Sara Moreira Pinto; Rubina Silva; Andreia Araújo; Gert-Jan Van Der Heijden
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A consulta telefónica de reavaliação (CTR) realizada 4 a 6 semanas após a alta em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) é uma ferramenta valiosa para monitorizar a recuperação clínica do doente, identificar problemas adicionais e evitar o retorno do doente ao hospital. É ainda uma oportunidade

para encontrar lacunas e pontos a melhorar na prática clínica.

Objetivos: Avaliar o impacto da CTR para o doente e UHD.

Métodos: Análise retrospectiva das CTR realizadas pela UHD de Julho a Dezembro de 2022. Os dados foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos eletrónicos.

Resultados: Foram realizadas 121 CTR no período analisado. A maioria dos doentes era cognitivamente íntegro (74%) e a mediana de idades foi de 78 anos. 17 doentes recorreram ao serviço de urgência no período de 4 a 6 semanas após a alta, mas apenas 3 foram reinternados. Apenas 42% dos doentes tiveram consulta de reavaliação com o médico de família após a alta. Todos os doentes referiram estar satisfeitos com o internamento em UHD. Dois doentes sugeriram manter a possibilidade de contacto com a equipa até uma semana após a alta, o que foi implementado posteriormente. Em 62% dos casos, não foi efetuada qualquer intervenção ou alteração ao plano da alta durante a CTR. Em dois casos, o doente foi encaminhado para avaliação urgente por recidiva de sintomas. Em 21 casos, foi necessário realizar ajustes à terapêutica, em 5 foram esclarecidas dúvidas relacionadas com o esquema de medicação e em 9 consultas foram renovadas receitas. Foi realizado um pedido de consulta de especialidade em 9 casos. Num dos casos foram analisados resultados de exames auxiliares de diagnóstico que ficaram pendentes.

Conclusão: A CTR constitui uma mais valia para o doente na medida em que permite esclarecer dúvidas, reavaliar o doente a curto prazo e realizar ajustes na terapêutica para evitar o retorno do doente aos serviços de saúde. O contacto próximo entre a equipa de UHD e o doente permite promover a adesão do doente ao plano terapêutico. Para a equipa de UHD é uma ferramenta valiosa para reconhecer pontos a melhorar na prática clínica. São necessários

mais estudos para apurar que doentes podem beneficiar da CTR e perceber o impacto desta medida nos reinternamentos, bem como a relação custo-efetividade.

PO 24

ESTUDO CASO DE UMA ERISPELA: PERSPETIVA DE ENFERMEIROS DA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Lina Dos Santos Ferreira Costa; Cátia Figueira
Hospital Dr. Nélio Mendonça

A Erisipela consiste num processo infeccioso da hipoderme com elevada incidência, provocada pela bactéria *Streptococo* β -hemolítico, localizado maioritariamente nos membros inferiores (80% dos casos). A sintomatologia mais comum corresponde a febre, placa eritematosa, edema e lesões cutâneas (vesículas e flictenas). Esta patologia dificulta a mobilidade do utente numa fase aguda e altera a qualidade de vida pela sua elevada taxa de recidivas.

Neste estudo de caso, objetiva-se a analisar a implementação de cuidados multidisciplinares num utente internado com o diagnóstico de Erisipela numa unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). Esta metodologia qualitativa permite descrever uma situação clínica e analisar a prestação de cuidados evidenciada pelo processo de enfermagem.

Homem independente de 35 anos, recorreu ao serviço de urgência com sinais inflamatórios exuberantes, lesões bolhosas e cordão venoso até a coxa no membro inferior esquerdo com 3 dias de evolução. Foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e paracetamol aquando aparecimento dos sintomas em país estrangeiro, porém apresentou agravamento após viagem de 4 horas de regresso.

A duração do internamento foi de 12 dias, em que se contemplou como diagnóstico de enfermagem infecção atual na perna esquerda. O resultado pretendido através da execução de cuidados multidisciplinares foi a nenhuma infe-

ção na perna esquerda.

As intervenções estipuladas para a obtenção de ganhos em saúde corresponderam a:

- Monitorizar sinais e sintomas de infeção;
- Incentivar a elevar a perna;
- Executar o penso da ferida;
- Envolver no processo de adesão (regime terapêutico).

Subjacente a estas intervenções está a administração de terapêutica, nomeadamente a Clindamicina 600mg de 6 em 6 horas em bomba perfusora, Amoxicilina/Ác. Clavulânico de 8/8h, o Metamizol Magnésico 575mg em SOS e Permanganato de Potássio de aplicação dérmica diária. A colheita de hemoculturas possibilitou a exclusão de septicémia, tendo resultado negativo no 5º dia de internamento. Analiticamente a PCR desceu gradualmente de 203 na admissão, para 6 no dia da alta.

A implementação dos cuidados diferenciados pela equipa da UHD e colaboração do utente na telemonitorização permitiu a uma recuperação com maior conforto e qualidade de vida.

PO 25

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA E REINTERNAMENTOS A 30 DIAS NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Rita Soares Costa; Mário Gil Fontoura;
Anita Trigueira; Rita Maciel; Filipa Duarte;
Sara Montezinho; Joana S. F. Rodrigues
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada é uma entidade que leva a internamento hospitalar frequente. A hospitalização domiciliária (HD), através do seu contacto próximo com o doente e o seu meio, tem uma oportunidade única não só para otimização terapêutica, mas também para empoderamento na auto-gestão da doença, tornando-se numa potencial mais-valia.

Objetivo: Caracterização dos doentes internados com IC descompensada numa Unidade de

HD e comparação da taxa de reinternamento hospitalar a 30 dias com a do internamento convencional.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos com IC descompensada (diagnóstico principal ou secundário) numa Unidade de HD de 1 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023. Informação recolhida através do processo médico informático, sendo a análise estatística realizada através do SPSS v.26 e $p < 0.05$ considerado como estatisticamente significativo. Comparação de taxas de reinternamento a 30 dias (UHD vs. internamento convencional) do mesmo período utilizando o teste de *qui-quadrado*.

Resultados: A amostra incluiu 53 doentes, tendo-se verificado um predomínio do sexo feminino (58,5 %) e uma idade mediana de 83,0 anos (AIQ 11,0). O índice de funcionalidade mediano (*score* AVD-Dezls) foi de 80% (AIQ 40,0) e o índice de comorbilidades de Charlson mediano de 2,0 (AIQ 2,0). O tempo de internamento mediano em HD foi de 9,0 dias (AIQ 5,0). A taxa de reinternamentos a 30 dias de doentes previamente internados em HD foi de 20,8%, semelhante à encontrada nos doentes internados em regime convencional (18,5%, $p = 0,755$).

Conclusão: Um episódio de Insuficiência Cardíaca descompensada acarreta por si uma elevada probabilidade de reinternamento a curto prazo. O internamento em modalidade de HD, apesar das suas múltiplas vantagens, não mostrou diferenças em termos de reinternamento a 30 dias. A reavaliação precoce após alta poderá ser um fator preponderante para reduzir esta taxa, sendo para isso necessário o acompanhamento destes doentes por equipas dedicadas. Neste sentido foi criada a consulta do doente crónico complexo e ligação com o Hospital de dia de IC para uma melhor orientação destes doentes.

PO 26

ODINOFAGIA COM HEMATÚRIA

Raquel Saraiva Figueiredo; Paula Neves; Carina Santos; Sónia Coelho; Catarina Tavares Valente; Jéssica Fidalgo
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A Nefropatia por IgA é a causa primária mais frequente de glomerulonefrite e caracteriza-se por depósitos mesangiais de IgA. Muitos doentes apresentam hematúria macroscópica, tipicamente acompanhada de infeção respiratória recente ou hematúria microscópica persistente, com ou sem proteinúria como achado acidental em análises de rotina. O diagnóstico confirmatório faz-se por biópsia renal.

Caso clínico: sexo masculino, 40 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência por quadro de odinofagia, otalgia direita, febre e urina hemática com três dias de evolução. À observação destacava-se amígdalas hiperémias com placas esbranquiçadas e urina hemática. Analiticamente com elevação de parâmetros de fase aguda e lesão renal ligeira. Neste contexto foi assumida amigdalite com lesão renal, pelo que colheu rastreio séptico e iniciou empiricamente antibioterapia com Ceftriaxone. Ingresso em Hospitalização Domiciliária (HD) após a primeira toma de antibioterapia.

Durante o internamento efectuada revisão de história clínica tendo-se constatado diagnóstico de pielonefrite aguda com lesão renal e hematúria macroscópica em contexto gripal há mais de 10 anos com resolução completa do quadro. Do estudo complementar efetuado destaca-se proteinúria e hematúria a nível do sedimento urinário. Neste sentido, foi colocada a hipótese de Nefropatia por IgA e o doente foi proposto para biópsia renal que confirmou o diagnóstico.

Conclusão: A Nefropatia IgA é uma patologia importante na área da Nefrologia uma vez que, globalmente, corresponde à glomerulopatia primária mais frequente particularmente em populações mais jovens.

Com este trabalho os autores pretendem salientar a importância de diagnosticar esta patologia, monitorizar a sua atividade e implementar precocemente o tratamento, uma vez que, em casos graves pode culminar em doença renal terminal.

PO 27

CASUÍSTICA DOS DOENTES INSTITUCIONALIZADOS ADMITIDOS NUMA UHD

Raquel Saraiva Figueiredo; Paula Neves; Carina Santos; Sónia Coelho; Catarina Tavares Valente; Jéssica Fidalgo
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: O internamento em Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) de doentes residentes em lar é uma realidade no nosso país. São habitualmente doentes idosos, com grau de dependência elevado e múltiplas comorbilidades, requerendo a gestão de sintomas tanto das suas doenças de base como da patologia aguda que motivou o internamento. Os autores propõem-se a analisar os internamentos em UHD de doentes residentes em lar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo durante 24 meses. Foram considerados todos os doentes internados em UHD residentes em residência para idosos.

Resultados: Do total de doentes admitidos (244), 14.75% (36) eram residentes em lar, destes, 21 (58.3%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 80.3 anos e 16.37% eram autónomos. A maioria eram provenientes do serviço de Urgência (69.4%) e a duração média de internamento foi de 10.9 dias. A principal causa de internamento foram as doenças infecciosas (69.4%), maioritariamente infeções respiratórias (10 doentes), seguidas de insuficiência cardíaca descompensada e infeções urinárias (5 doentes cada). 83.3% dos doentes precisaram de antibioterapia, sendo que o Ceftriaxone foi o antibiótico mais prescrito (16 doentes), seguido da Azitromicina (11 doentes). Relativamente ao destino

dos doentes internados, 17 (47.2%) mantiveram seguimento com o seu médico assistente, 7 (19.4%) foram encaminhados para Consultas Hospitalares e apenas 1 doente (2.8%) faleceu durante o internamento.

Discussão/Conclusão: Verifica-se que a população admitida residente em lar é uma população maioritariamente idosa, com múltiplas comorbilidades mas, apesar disso, não se constatou aumento significativo do tempo de internamento (ligeiramente inferior em relação ao total) ou das complicações associadas comparativamente ao total de internamentos. Conclui-se que estas instituições se revelam uma boa opção para doentes em regime de Hospitalização Domiciliária.

PO 28

DOENTES PALIATIVOS NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (HD) DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Raquel Saraiva Figueiredo; Paula Neves; Carina Santos; Sónia Coelho; Catarina Tavares Valente; Jéssica Fidalgo *Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins*

Introdução: Os internamentos de doentes paliativos são uma realidade nas Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD). Representam doentes complexos, com múltiplas comorbilidades que requerem uma gestão de sintomas não só decorrentes da sua doença de base como também da patologia aguda que motivou o internamento. Os autores propõem-se a analisar os internamentos de doentes paliativos numa UHD de um hospital distrital.

Material e métodos: Estudo retrospectivo durante 22 meses. Foram considerados todos os doentes com doença incurável, crónica e progressiva com necessidade de internamento em UHD por patologia aguda pu para controlo dos sintomas. Os dados obtidos foram trabalhados com recurso à aplicação Microsoft Excel.

Resultados: Dos 38 doentes admitidos em si-

tuação paliativa, 25 doentes (65.8%) eram do sexo masculino. Apresentavam uma idade média de 76.4 anos e apenas 39.5% dos doentes eram autónomos. Em média estiveram internados durante 16.1 dias. 57.9% dos doentes eram provenientes do serviço de Urgência. A principal causa de internamento foram as doenças infecciosas (52.6%) com maior prevalência de infeções respiratórias (8 doentes) seguidas das infeções urinárias (5 doentes). Nesta amostra a grande maioria dos doentes tinha neoplasia como doença crónica de base (76.3%). Todos os doentes necessitaram de gestão de dor. No que diz respeito ao destino dos doentes internados, salienta-se que a maioria (73.7%) teve alta para ambulatório mantendo seguimento junto do seu médico assistente, no entanto, seis doentes (15.79%) foram transferidos para ambiente hospitalar. Apenas um doente (2.63%) morreu no domicílio. De salientar que dos 6 doentes transferidos para ambiente hospitalar, 5 doentes faleceram durante o internamento.

Discussão/Conclusão: Verifica-se que a condição de fragilidade e de dependência torna a gestão do doente paliativo complexa o que se revê em internamentos mais longos. Apesar da intervenção de Equipas especializadas, muitas famílias ainda não estão preparadas para que a morte ocorra no domicílio.

PO 29

GESTÃO DA TERAPÉUTICA DIURÉTICA EM DOENTES INTERNADOS EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Mário Fontoura; Rita Soares Costa; Anita Laskasas; Rita Maciel; Filipa Duarte; Sara Montezinho; Joana S.F. Rodrigues *Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião*

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma patologia com grande morbimortalidade associada, responsável por uma grande parte dos

internamentos hospitalares. Embora classicamente estes doentes sejam geridos a nível hospitalar, a unidade de hospitalização domiciliária (UHD) apresenta-se como uma modalidade de internamento com conhecido benefício neste contexto, contribuindo com educação para a gestão de fármacos e medidas higieno-dietéticas do doente e familiares.

Objetivos: Descrever a amostra de doentes com IC internados em UHD e comparar diferenças entre dose diurético em UHD e no internamento hospitalar.

Métodos: A colheita dos dados foi efetuada através consulta do processo clínico informático. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS®, versão 26. Foram incluídos no estudo doentes internados em UHD com o diagnóstico de IC entre outubro de 2022 e março de 2023. Foram descritas variáveis demográficas bem como clínicas para caracterização da IC. A normalidade foi avaliada através do teste Shapiro-Wilk. Foi comparada a dose total de diurético à data de alta da Enfermaria e a dose às 48h de admissão em UHD através do teste de Wilcoxon.

Resultados: A amostra compreendeu 53 doentes com diagnóstico principal ou secundário de IC internados na UHD, com predomínio do sexo feminino (58,5%) e uma idade média 81,9 anos ($\pm 9,3$). Os doentes apresentavam um grau de funcionalidade médio de 71,1% ($\pm 26,9$; *score* AVDezIs) e de comorbilidade médio de 2,6 ($\pm 1,8$; *score* Charlson ajustado à idade). O tempo de internamento médio em UHD foi de 9,3 dias ($\pm 4,9$). A maioria das IC tinha fração de ejeção (FE) preservada (62,5%), a etiologia mais comum foi a Hipertensiva (27,6%) e os doentes encontravam-se em NYHA II predominantemente (41,4%). A média de diurético (furosemida, em mg) às 48h de admissão na UHD foi superior à média do internamento, embora sem diferença estatisticamente significativa (127mg vs 133mg; $p = 0,394$).

Conclusão: Embora não haja um aumento es-

tatisticamente significativo na dose de diurético, a dose necessária após admissão do doente em UHD é maior, em média, face à dose a nível hospitalar. Assim, este trabalho serve de alerta para a necessidade de ajuste de diurético após alta hospitalar ajustado ao ambiente domiciliário, menos controlado, podendo e conseguindo a UHD intervir mais neste âmbito.

PO 30

CONTINUIDADE DE CUIDADOS PERSONALIZADOS NO DOMICÍLIO PARA O DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Gert Van Der Heijden¹; Isabel Leite²; Gabriela Amorim Silva Casanova³; António Fernando Martins Soares³; Joana Gonçalves²; Zulmira Peixoto²

¹Outros; ²Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; ³ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução e objetivos: A Hospitalização domiciliária tem como objetivo substituir o internamento no hospital do doente agudo pelo tratamento personalizado e humanizado no domicílio. Este caso clínico descreve como a colaboração entre a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) proporcionou cuidados de qualidade.

Descrição do caso: Doente de 81 anos com dependência total para as actividades de vida diária, com seguimento na Consulta Externa da EIHSCP por Condrossarcoma extra-esquelético localmente avançado, com metástases pulmonar e mamária, e síndrome demencial, recorreu ao serviço de Urgência onde foi diagnosticada com pneumonite de aspiração em situação de provável fim da vida. Recebeu alta medicada para assegurar o espetável falecimento em conforto no domicílio. Um dia depois a filha contactou a EIHSCP, e por suspeita de *delirium* ter-

minal e crise convulsiva parcial foi contactado a UHD, com subsequente admissão a partir do domicílio no mesmo dia. A doente apresentou uma boa evolução clínica e após 4 dias foi realizada a transferência de cuidados no domicílio para a ECSCP, onde continua estável, confortável e em seguimento até à presente data.

Conclusões: A comunicação direta entre doente/cuidador e a equipa de saúde, a colaboração entre as diferentes equipas e a transição dos cuidados no domicílio foram cruciais para a evolução clínica positiva do doente e assegura qualidade, segurança e humanização de cuidados em doentes vulneráveis em cuidados paliativos.

PO 31

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA E CUIDADOS PALIATIVOS – UMA PARCERIA O QUE FAZEMOS?

Úrsula de Fátima Tagaroso Barradas; Carin Guerreiro; Ana Emídio; Ana Gomes; Cláudia Viegas; Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue; Gilberto Martins; Maria Costa; Marta Soares; Mufulama Cadete; Raquel Espadaneira; Ricardo Martins; Rui Saramago; Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, EPE

Contextualização: Numa temática cada vez mais premente na prática de cuidados ao utente, mesmo com a evolução dos tratamentos invasivos utilizados no prolongamento da vida, inevitavelmente haverá a impossibilidade da continuidade desses tratamentos. Iniciar a prevenção e o alívio do sofrimento desde o diagnóstico de doença incurável até ao fim da vida, deverá ser objetivo dos cuidados de saúde em toda a sua dimensão, para otimizar a qualidade de vida do utente e seus familiares, como os cuidados paliativos se mostram capazes de fazer. Muitos destes utentes são grandes utilizadores do serviço de urgência por descontrolo de sintomas, sendo aqui uma das grandes valias de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), por dispor dos meios humanos e

funcionais, de equipamento e terapêutica para controlar esses sintomas, permitindo uma morte digna no domicílio ou o retorno às equipas comunitárias, evitando-se os internamentos convencionais, diminuindo, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e os encargos financeiros inerentes.

Objetivos: avaliar o grau de satisfação das famílias de utentes em situação de fim de vida com internamento em UHD.

Métodos: inquérito de satisfação testado em vários países (UK, USA), que avalia a prestação e satisfação de cuidados de fim de vida, sentida pelo utente e família. Resultados: os resultados revelaram bom índice de satisfação em relação à prestação e acompanhamento da equipa, condição facilitadora para que o utente terminasse no seu local preferido de morte.

Conclusões: em parceria com as equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos e da comunidade, e com profissionais treinados/com formação na área, as UHDs podem acrescentar grande valor na implementação destes cuidados, com qualidade, prestados num ambiente seguro com respeito pelos valores do doente e família, uma vez que a entrada no espaço familiar é prática corrente destas equipas.

PO 32

MONITORIZAÇÃO DE TEMPERATURA DOS ANTIMICROBIANOS NA MALA DE TRANSPORTE

Ana Emídio; Ana Simões; Ricardo Martins; Ana Gomes; Carin Guerreiro; Cláudia Viegas; Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue; Gilberto Martins; Inês Costa; Mafalda Brito; Marta Soares; Mufulama Cadete; Raquel Espadaneira; Rui Saramago; Úrsula Barradas; Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A estabilidade dos fármacos utilizados em contexto de hospitalização domiciliária (HD), é uma das principais preocupações que condiciona a utilização e o modo de administra-

ção, especialmente dos antimicrobianos, assim como a elegibilidade de alguns doentes. As condições que afetam a estabilidade incluem dose, concentração, solvente e temperatura durante o armazenamento e administração, sendo que a maioria dos dados sobre estabilidade incluem parâmetros à temperatura ambiente (20-25°C) e refrigeração (2-8°C). Uma fraca estabilidade dos fármacos pode resultar em falência terapêutica, readmissão hospitalar, prolongamento da terapêutica e resistência microbiana no caso de se utilizarem antibióticos – um problema crescente em todo o mundo. A maioria dos programas de Tratamento Antimicrobiano Domiciliário Endovenoso (TADE) em Portugal não têm procedimentos ajustados ou sequer normatizados no que diz respeito à estabilidade e adequabilidade dos fármacos em contexto domiciliário, sendo necessários vários estudos nesta área.

Objetivo: Monitorizar as diferenças de temperatura de forma contínua, na mala de transporte de medicação numa unidade de HD.

Métodos: Utilização de vários sensores de temperatura nas malas de transporte de medicação com registo contínuo (Vigie®). Foram testadas 4 malas térmicas com placas de gelo durante 30 dias, em contexto de rotina de serviço. Posteriormente foram testadas 2 malas com placas de gelo em casa dos doentes. Para manter a temperatura dentro dos parâmetros de refrigeração foram efetuadas trocas das placas térmicas congeladas a cada 8 horas.

Resultados: Verificou-se pouca variabilidade na temperatura nas malas de transporte, mantendo a temperatura prevista para a eficácia terapêutica entre os 2 e os 8°C, tanto no serviço como posteriormente no domicílio, sem desvios durante o período monitorizado.

Conclusão: Embora sejam necessários mais estudos, este trabalho demonstrou resultados promissores na segurança do transporte e administração de fármacos em HD, reforçando a eficácia neste regime de internamento com

terapêuticas cada vez mais complexas. Aumentando a evidência das condições de refrigeração apropriadas não só aumentamos a elegibilidade de alguns fármacos, mas também o seu uso mais abrangente nas HD, permitindo uniformização de cuidados.

PO 33

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (HD) À PESSOA SUBMETIDA A MASTECTOMIA

Joana Rita Pereira¹; Ana Catarina Santos²; Carlos Cabrita¹; Catarina Mendonça¹; Celso Marvão¹; Fernanda Henriques¹; Gabriela Peixoto¹; Helga Rosário¹; João Caeiro¹; Luís Diaz¹; Madalena Barroso¹; Stephane Correia¹; Tânia André¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro; ²Centro Hospitalar Universitário Santo António

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) constitui-se como um modelo de assistência hospitalar de cuidados no domicílio à pessoa doente, com doença aguda ou crónica. Favorece a humanização dos cuidados de saúde, a participação ativa de todos os intervenientes no processo de cuidar e o empoderamento da pessoa doente e cuidadores; é um indicador positivo da gestão hospitalar e do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A incidência do cancro da mama na Europa tem vindo a aumentar, os tratamentos têm um impacto na pessoa doente e na forma como encaram o seu corpo, na sua forma de estar e na forma como vivenciam a sua mutilação.

Objetivo: Analisar o movimento assistencial das pessoas doentes submetidas a mastectomia numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Material e métodos: Estudo descritivo retrospectivo, entre 01/09/2021 e 30/04/2023, com recurso ao Excel®.

Resultados: No período referido houve 45 internamentos (41 mulheres; 4 homens) com o diagnóstico de pós-operatório de mastectomia,

apresentando uma demora média de 7,45 dias. As pessoas submetidas a mastectomia e os conviventes significativos passam por um processo de adaptação a uma nova realidade nas várias dimensões. A intervenção dos profissionais da UHD passa pela prestação de cuidados de saúde à pessoa com ferida cirúrgica e com um sistema de drenagem. Uma das intervenções consiste na remoção de dreno torácico aquando de drenagem inferior a 100cc e retirada de dreno axilar aquando de drenagem inferior a 50cc durante 2 dias consecutivos. As intervenções de enfermagem focam-se na promoção da saúde a nível do bem-estar físico, social e espiritual com a expressão de emoções, preparação para a perceção da nova autoimagem e reintegração na vida ativa, onde os cuidados de enfermagem de reabilitação para promoção da funcionalidade e redução da limitação do movimento no membro afetado.

Conclusões: A HD veio possibilitar a saída precoce das pessoas submetidas a este procedimento (logo nos primeiros dias de pós-operatório). As intervenções de enfermagem implementadas permitiram uma maximização da funcionalidade das pessoas doentes, uma redução do número de complicações pós-cirúrgicas e ainda uma diminuição do número de dias de internamento.

PO 34

RETRATO DA ATIVIDADE DA UHD 500 DOENTES ADMITIDOS

Ricardo Pereira; Pedro Raposo; Joana Alexandrino; Ricardo Rio; Luis Silvério; Filipe Simões; Daniela Lopes; Lurdes Toscano; Fernando Aldomiro; Ana Brito; Rui Osório; Daniela Madeira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A Hospitalização Domiciliária é uma modalidade de assistência que proporciona a prestação de cuidados hospitalares no domicílio do doente, com vantagens reconhecidas face ao internamento convencional e que tem apresentado um

elevado crescimento em Portugal, com cerca de 9000 doentes cuidados em casa em 2022, mais 20,4% que o ano anterior. Dos quais 2,5% foram admitidos na nossa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Recentemente a UHD celebrou a admissão do seu 500º doente desde que iniciou a sua atividade, em Outubro de 2020 com capacidade para 5 doentes, aumentando para 10 doentes em Junho de 2022.

Apresentação da casuística da UHD desde o início do seu funcionamento até ao final de Abril de 2023.

Foram referenciados 1246 doentes: admitidos 527 (42%), homens (55%) com uma média de idades de 68 anos (18-99).

O motivo principal de recusa foi o de vaga indisponível (32%), seguido de motivo clínico (21,5%) e o incumprimento de condições sociais (16,16%).

A proveniência indica-nos que 50% dos doentes foram admitidos com origem no internamento, 27,7% do serviço de Urgência, 10,6% da consulta externa, 8,1% admissão programada de estudo clínico e 4,5% de outros hospitais.

Foram contabilizadas 5322 visitas, 70% realizadas em exclusivo pela equipa de enfermagem e 30% por médico e enfermeiro.

A UHD contribuiu para uma maior disponibilidade de camas hospitalares com 50% dos doentes admitidos a dispensar a necessidade desta mesma. As articulações desenvolvidas pela equipa multidisciplinar com serviços de saúde existentes na comunidade permitiu aumentar a referenciação direta prevenindo complicações inerentes ao internamento convencional. Os dados relativos a atividade nacional descrevem uma demora média de 9.9 dias, verificando-se que a demora média da nossa unidade é de 8,9. A percentagem de vagas indisponíveis, corrobora a importância de expansão da UHD e a importância de implementar novas soluções que englobem a capacitação dos cuidadores e a

formação dos profissionais na introdução de novos equipamentos e técnicas inovadoras como acessos vasculares de média e longa duração. A Enfermagem torna-se indispensável na prestação e articulação dos cuidados. Neste sentido, é justificável o investimento deste grupo profissional, de forma a melhorar a qualidade e cuidados de saúde mais diferenciados.

PO 35

AUTO-ADMINISTRAÇÃO – UM CAMINHO A PERCORRER

Ana Emídio; Ricardo Martins; Ana Gomes; Carin Guerreiro; Cláudia Viegas; Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue; Gilberto Martins; Inês Costa; Marta Soares; Mufalama Cadete; Raquel Espadaneira; Rui Saramago; Úrsula Barradas; Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, EPE

Enquadramento: A estabilidade dos fármacos utilizados em contexto de hospitalização domiciliária (HD) é uma das principais preocupações que condiciona a utilização e o modo de administração, tornando por vezes inviável a admissão de doentes e desafiando a necessidade de inovar. Aliando esta complexidade ao *empowerment* que se pretende incutir aos doentes e familiares, foram crescendo os programas de OPAT (*Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy*) e TADE (Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa): administração endovenosa de terapêutica antimicrobiana, de pelo menos 2 doses, em dias diferentes, sem necessidade de hospitalização convencional, ora em ambulatório com intervenção ativa da equipa de enfermagem – *HealthCare Professional Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy* – (H-OPAT ou H-TADE); ora sem a presença física dos profissionais – “*Self administered Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy* (S-OPAT ou S-TADE). Têm sido publicados estudos a comprovar a eficácia e segurança na auto-administração.

Objetivo: iniciar um projeto de ensino, instru-

ção, treino e avaliação de modo a verificar a segurança, eficácia e complicações associadas à auto-administração de terapêutica endovenosa em doentes internados numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Métodos: seleção de doentes e/ou familiares internados em UHD que aceitaram proceder à auto-administração sob supervisão após ultrapassar várias etapas.

Resultados: foram selecionados 7 doentes e/ou familiares, dos quais 86% eram do género feminino e 14% do masculino, com idades entre os 20 e os 68 anos, e o nível de escolaridade variável – desde estudantes de ensino secundário a licenciados. Todos tiveram ensinamentos sobre o medicamento, sinais de alerta, complicações do procedimento e cuidados de assepsia. Foram treinados, e sob supervisão realizaram a auto-administração sob verificação de uma *check-list*. Todos os doentes/família, realizaram a técnica sem falhas e referiam não ter dificuldades e sentir segurança.

Conclusões: embora sejam necessários mais estudos para avaliar os benefícios da S-TADE, este parece um modelo de cuidados promissor e que poderá, no futuro, ser utilizado no contexto de HD de forma sistemática, nos doentes e familiares que cumpram os critérios definidos para esta técnica.

PO 36

PERFIL MICROBIOLÓGICO E ANTIBIOTERAPIA UTILIZADA DURANTE 1 ANO EM UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

João Carlos Oliveira; Nuno Pinheiro; Maria Manuela Soares; António Carvalho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Recentemente, o número de infeções por micro-organismos multirresistentes (MR) sensíveis apenas a antibióticos de largo espectro aumentou exponencialmente. As Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD)

permitem a realização de terapêuticas de uso hospitalar exclusivo no domicílio, contribuindo para a qualidade de vida do doente e para a redução do número e duração dos internamentos hospitalares.

Objetivo: Caracterizar o perfil microbiológico dos doentes admitidos em UHD durante 1 ano, bem como a antibioterapia realizada (dirigida ou empírica).

Método: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo que inclui todos os internamentos em UHD durante o período de Janeiro a Dezembro de 2022. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico informático dos doentes.

Resultados: Da amostra inicial de doentes (n = 186), apenas 8 doentes não realizaram rastreio séptico. Verificou-se um rastreio positivo com isolamento de um ou mais micro-organismos em 123 doentes (69%), não tendo sido isolado qualquer agente em 55 doentes (31%). No total, foram isolados 31 micro-organismos diferentes em 150 culturas positivas, sendo os mais comuns: *Klebsiella pneumoniae* (n = 43 ou 28%), seguido de *Escherichia coli* (n = 38 ou 25%) e *Pseudomonas aeruginosa* (n = 11 ou 7%); 54 eram micro-organismos MR, dos quais 49 eram produtores de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL). Todos estes doentes realizaram antibioterapia dirigida respeitando o isolamento verificado. Relativamente à terapêutica antibiótica, os mais utilizados foram: Piperacilina/Tazobactam (n = 60 ou 26%), Ertapenem (n = 54 ou 23%), Ceftriaxone (n = 29 ou 13%), Cefuroxima (n = 16 ou 7%) e Vancomicina (n = 16 ou 7%), sendo que em 26 casos houve associação de antibióticos em simultâneo.

Conclusão: Foi possível dirigir a antibioterapia com o isolamento dos agentes patogénicos, muitas vezes MR, evitando assim as complicações associadas à terapêutica empírica. O surgimento das UHD, com a sobrelocação dos serviços hospitalares, torna-se relevante devido

à capacidade de redução do número e duração de internamento em camas hospitalares, sendo garantidos os cuidados necessários para a resolução da doença aguda ou descompensação aguda da doença crónica, permitindo continuar a prestar cuidados de qualidade.

PO 37

LIMITAÇÕES NA INCLUSÃO DE DOENTES NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA. ONDE ATUAR?

Ana Silva; Sara Moreira Pinto; Rubina Silva; Andreia Araújo; Gert-Jan Vander Heijden
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) revolucionou a prestação de cuidados de saúde no doente internado. É crucial uma avaliação rigorosa antes da admissão em HD para garantir a qualidade dos cuidados e evitar o retorno dos doentes ao hospital. Assim, foram definidos critérios clínicos, sociais e geográficos que contribuem para a decisão de admissão ou não dos doentes.

Objetivos: Avaliar os motivos de exclusão de doentes propostos para HD no nosso hospital, identificar barreiras e desenvolver estratégias para que mais doentes tenham acesso à HD.

Métodos: Análise retrospectiva e descritiva dos doentes avaliados na unidade de HD entre agosto de 2022 e fevereiro de 2023. Os dados foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos.

Resultados: Foram avaliados 410 doentes propostos para HD, tendo sido recusados 43.9% (n = 180). Os motivos da recusa foram em 42.8% dos casos por motivos clínicos, 36.7% por motivos sociais, 15% por recusa do doente e/ou cuidadores, 5% por ausência de vaga em HD e apenas 1 doente por motivos geográficos. Relativamente aos motivos clínicos, 57.1% não tinham critérios de internamento, 24.7% apresentavam instabilidade clínica, em 15.6% a terapêutica estava indisponível em HD e em 2.6%

não havia a possibilidade de realização de exames auxiliares de diagnóstico previsivelmente necessários. Quanto aos motivos sociais, a maioria (86.4%) não tinham cuidador disponível nas 24h, 6.1% foram recusados por incapacidade do doente ou cuidador para compreender os cuidados necessários e os tratamentos prescritos, 4.5% não tinham condições habitacionais adequadas para a prestação de cuidados, 3% foram recusados por dependência de substâncias ilícitas/álcool.

Conclusões: O *timing* inadequado na referenciação de doentes e desconhecimento das terapêuticas passíveis de realização na HD demonstra um elevado grau de desconhecimento dos profissionais relativo ao trabalho realizado em HD. É fundamental uma maior divulgação do trabalho realizado em HD a todos os profissionais. Por outro lado, é necessária a criação de medidas de apoio/incentivos aos cuidadores e familiares para que estes possam acompanhar os doentes em HD. É também importante envolver a indústria farmacêutica para que sejam desenvolvidos fármacos com maior estabilidade e durabilidade adaptáveis à realidade da HD.

PO 38

A EXPERIÊNCIA EM ACESSOS VENOSOS: UM DESAFIO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA

Ana Gomes; Rui Saramago; Gilberto Martins;
Ana Emídio; Carin Guerreiro; Cláudia Viegas;
Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue;
Inês Costa; Marta Soares; Mufulama Cadete;
Raquel Espadaneira; Ricardo Martins;
Úrsula Barradas; Vitória Cunha
Hospital Garcia de Orta, EPE

No internamento em hospitalização domiciliária (HD), é fundamental a existência de um acesso venoso seguro e adequado à terapêutica a realizar, promovendo a melhor prática no cuidado ao doente. No entanto, quer pela classe de medicamentos administrada, quer pela duração

dos tratamentos, são muitas vezes necessárias alternativas aos cateteres venosos periféricos. O catéter central de inserção periférica (PICC) e os cateteres de linha média (Midline e PowerGlide®) apresentam benefícios comprovados para o doente e para a gestão dos cuidados no domicílio, garantindo a preservação da rede venosa, a redução de stress, dor e desconforto gerado por múltiplas punções, sendo também menos invasivos e com menor risco de infeção do que os cateteres venosos centrais.

Temos como objetivo apresentar a nossa experiência na colocação dos acessos vasculares PICC e de linha média, que iniciámos há cerca de 6 meses.

No total, foram colocados 24 cateteres - 7 PowerGlide, 9 Midline e 8 PICC, com uma duração média total de 26,8 dias. Analisando individualmente: os PowerGlide tiveram uma duração média de 23,1 dias, tendo 1 exigido remoção cirúrgica imediatamente após colocação por fratura do cateter, 2 sido retirados por flebite, 2 por extravasamento e 2 retirados no final do tratamento; os Midline duraram em média 19 dias, tendo 5 sido retirados por extravasamento e 4 retirados no fim do tratamento; os cateteres PICC duraram em média 38,6 dias, não se tendo registado intercorrências e tendo todos sido retirados aquando do fim do tratamento. Em termos de fármacos, os cateteres foram colocados na sua maioria para a realização de antibioterapia prolongada (n = 21) por várias patologias infecciosas, tendo 1 sido colocado para administração de furosemida em perfusão num doente com Insuficiência Cardíaca e tendo 2 sido colocados para administração de soro glicosado, num mesmo doente com um Insulinoma.

Com este trabalho pretendemos demonstrar a eficácia e segurança na utilização destes acessos vasculares em HD. Estes acessos permitem uma maior durabilidade, menor número de complicações, um maior conforto do doente, preservando o património vascular. Assim,

consideramos que a formação e o treino na colocação destes cateteres são essenciais em HD, uma vez que representam uma melhoria na qualidade e eficiência dos cuidados prestados

PO 39

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – CARACTERIZAÇÃO DE 1 ANO DE INTERNAMENTO

Leonor Gama; Ana Santos e Silva; Josiana Duarte; Saúl Mendes; José Brasil; Susana Pereira; Luís Matos; Henrique Rita
Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: A hospitalização domiciliária é uma alternativa ao internamento convencional de doentes agudos. A ligação direta entre a equipa de saúde, o doente e os seus cuidadores no seu ambiente habitual, e ao mesmo tempo sem perder a segurança e a qualidade dos cuidados, permite reforçar a humanização da Medicina, melhorar a perceção da doença e criar oportunidades de educação e promoção da saúde únicas, personalizadas para aquele doente e/ou família.

Objetivo: caracterização do doente internado no serviço de UHD e avaliação das doenças mais comuns nesta modalidade de internamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todos os doentes internados na UHD serviço de Medicina interna entre o dia 1 de Janeiro de 2022 e 31 de Dezembro de 2022. Foram recolhidos os dados a partir do processo clínico relativos ao motivo de internamento, duração do internamento e encaminhamento dos doentes à data de alta.

Resultados: Durante o período de estudo foram admitidos 185 doentes (84 do sexo masculino e 101 do sexo feminino), com uma idade média de 68 anos. O tempo médio de internamento foi de 8 dias. Os motivos de internamento foram divididos em doenças infecciosas (n = 102), doenças inflamatórias (n = 10), doenças neoplásicas (n = 9) e outras (n = 64). As doenças infecciosas

mais frequentes foram infeções respiratórias, as infeções do trato urinário e dos tecidos moles. No grupo de doenças inflamatórias as mais frequentes foram as pancreatites. Nas “outras doenças”, destacou-se a Insuficiência Cardíaca Descompensada (n = 14).

Da nossa amostra temos registo de 2 óbitos esperados, 18 que tiveram de ser readmitidos em meio hospitalar (10 por agravamento da patologia e 8 por exaustão do cuidador, sendo que o restante teve alta clínica.

Conclusões: Sendo que é possível que os doentes façam um ciclo de antibioterapia endovenosa no conforto da sua casa, sem os riscos que um internamento hospitalar pode ter e com a qualidade de cuidados hospitalares, as doenças infecciosas foram as patologias mais prevalentes. Com este trabalho, os autores pretendem realçar que o internamento em UHD é uma alternativa segura com bastantes vantagens relativamente ao internamento convencional, nomeadamente em doentes idosos pelo risco maior de desorientação em ambiente hospitalar e pela diminuição franca do risco de infeções nosocomiais.

PO 40

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (UHD) – ILITERACIA E RETORNO AO HOSPITAL

Leonor Gama; Ana Santos e Silva; Josiana Duarte; Saúl Mendes; Luís Matos; José Brasil; Susana Pereira; Henrique Rita
Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Introdução: A Hospitalização Domiciliária constitui-se como uma modalidade de assistência que assegura a prestação de cuidados de saúde com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar, dependendo da vontade expressa dos doentes. Sendo um modelo relativamente recente, por vezes, nem sempre será fácil de a compreender, tanto pelos doentes como pelos cuidadores.

Objetivo: Avaliar se o grau de iliteracia e teria

ou não influência nos retornos ao hospital.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de 1 ano (01/01/2022 -31/12/2022) dos doentes integrados numa UHD.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 185 doentes (n = 185) sendo que 101 eram do sexo feminino e 84 do masculino. A idade média é de 68 anos. 64 dos doentes tinham mais que a 4º ano de escolaridade, sendo que 58 não a tinham concluído. Dos restantes (63) não era conhecido o grau de escolaridade. Da amostra, 18 doentes necessitaram de regressar ao hospital, 2 faleceram e os restantes tiveram alta. Dos 18 doentes, 14 tinha grau de escolaridade inferior ao 4ºano, sendo que 2 dos restantes não eram conhecidos, e os outros 2 tinha concluído. Como motivo de reinternamento hospitalar destaca-se agravamento da patologia de base em 10 doente e exaustão do cuidador em 8.

Conclusões: Conclui-se que o grau de iliteracia não influencia a admissão em UHD. Apesar de os reinternamentos terem sido poucos, conclui-se que a grande maioria eram em doentes com baixo grau de escolaridade. No entanto, dentro dos doentes que tiveram de regressar ao hospital, a grande maioria foi por agravamento da patologia de base. Deste modo, conclui-se que a iliteracia não influencia as readmissões hospitalares.

PO 41

CUIDADOS A DOENTE COM CELULITE DO MEMBRO INFERIOR INTERNADO EM REGIME DE UHD – CASO CLINICO

Emília Lemos; Cecília Maria Santos Oliveira
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: Celulite é uma infeção cutânea muito comum que se desenvolve devido à entrada de bactérias através da barreira da pele. Pode-se iniciar como erisipela e os seus principais agentes são *S. Aureus* e *estreptococos* beta-hemolíticos. Trata-se de uma lesão extre-

mamente dolorosa e infiltrativa com bordos mal definidos que se estende ao tecido subcutâneo. Em alguns casos podem formar-se bolhas ou necrose, originando extensas áreas de descolamento epidérmico e erosões superficiais (TSAO H *et al*, 2005). Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento dessas infeções são a rotura da barreira cutânea devido a traumatismo, inflamação, infeção de pele ou insuficiência venosa. (Baddor LM, 2012).

Objetivo: O presente trabalho pretende apresentar um caso clinico com o diagnostico médico de celulite do membro inferior , cujo tratamento incluiu antibioterapia e medidas não medicamentosas.

Método: A metodologia usada para a elaboração deste trabalho foi a reflexão dentro da equipa de enfermagem sobre adequação do tratamento cutâneo a aplicar, recolha de imagens fotográficas e medição das lesões. A frequência dos tratamentos cutâneos decorreu diariamente. Verificou-se uma evolução favorável da cicatrização das lesões com diminuição da solução de continuidade da pele até completa cicatrização, diminuição de sinais inflamatórios, diminuição da dor, culminando com apenas hidratação da pele epitelizada.

Conclusão: A partir deste caso clinico verificou-se a eficácia do tratamento realizado, tendo em consideração fatores como o plano terapêutico instituído, o produto utilizado, a perspetiva multidisciplinar e a boa adesão ao tratamento por parte do doente.

Contribuiu para a melhoria da pratica clinica de enfermagem em futuros tratamentos de doentes com o mesmo diagnóstico médico. Assim, entende-se necessário replicar o procedimento no que se refere ao tratamento de feridas noutras situações semelhantes para sustentar a melhor decisão clinica dos enfermeiros.

Referencias bibliográficas: 1.Tsao H, Swartz MN, Weinberg AN, Johnson RA. Infeções de partes moles: erisipela, celulite e celulite gangrenosa. In: Fitzpatrick TB. Tratado de Dermatol-

logia: volume 2. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005;
2. Baddour LM. Cellulitis and erysipelas. UpToDate. Online
9.5;2012 [updated 2011 Dez 1];

PO 42

DOENTES CIRÚRGICOS ADMITIDOS NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE

Sonia Margarida Dias Marques Malaca;
Nélia Oliveira; Marta Delgado; Tânia Outeiro;
Ilda Veiga; Yahia Abuowda
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) surge como alternativa ao internamento convencional, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar e tem como objetivo a assistência clínica ao doente no seu domicílio. Promove o bem-estar do doente mantendo e/ou melhorando a sua qualidade de vida. Recebe doentes de várias valências nomeadamente doentes cirúrgicos, os quais pretendemos dar ênfase.

Objetivo: Dar visibilidade ao trabalho realizado por uma unidade polivalente no tratamento do doente cirúrgico

Metodologia: Análise da base de dados da unidade nos anos 2020, 2021 e 2022 e dos programas SONHO e SClínico.

Resultados: No período referido foram admitidos 518, dos quais 152 (29,34%) são do foro cirúrgico. A proveniência dos doentes é de origem polivalente (Cirurgia, ORL, Urologia, Cirurgia Vasculuar, Ortopedia e Dermatologia). Os diagnósticos mais frequentes foram: Ferida / úlcera Infetada, Infeção Partes Moles, Diverticulite, Otite Complicada, ITU complicada, Abscesso orofaringe cabeça e pescoço e Infeções Articulares e Ósseas, sendo o tratamento médico e conservador o mais solicitado. A antibioterapia foi o tratamento mais frequente nestes doentes (Ceftriaxone, Clindamicina, Piperacilina e tazobactam, Ertapenem, Vancomicina e Merope-nem). Em alguns casos, o tratamento antibiótico foi associado ao tratamento de feridas comple-

xas. A média de internamento destes doentes foi superior à média dos doentes do foro médicos, pela necessidade de tempo de antibioterapia mais prolongado e tratamento de feridas mais complexas.

Conclusão: A UHD é uma unidade polivalente e multidisciplinar, onde são observados doentes de todas as valências. Permite a orientação do doente cirúrgico e disponibiliza vagas no hospital para outros casos. Conseguem-se altas precoces do internamento convencional, em contexto de pós-operatório, para vigilância, ensinos para o autocuidado, reabilitação e tratamento de feridas (simples e complexas). A UHD mantém-se como mais-valia para todas as especialidades hospitalares.

PO 43

CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Joana Vieira; Agostinho Rodrigues; Miguel Santos
Centro Hospitalar São João Núcleo H. Valongo

A integração dos enfermeiros é uma das atividades primárias da gestão do capital humano que tem como intuito a introdução do novo elemento num contexto organizacional, tendo em conta os seus objetivos individuais ajustados à missão, visão, objetivos, princípios e valores do serviço.

Objetivos: Identificar os contributos da supervisão clínica em enfermagem (SCE) no processo de integração dos enfermeiros no serviço de Hospitalização Domiciliária

Métodos: Utilizou-se uma metodologia de cariz descritivo, qualitativo, com recurso a revisão narrativa, discussão em grupo e aplicação de um questionário com vista a obter uma breve caracterização da equipa e identificação das necessidades, dificuldades e perceções relativamente ao processo de integração no serviço de hospitalização domiciliária.

Resultado: A SCE é essencial para a melho-

ria da qualidade dos cuidados e satisfação dos profissionais uma vez que proporciona oportunidades de análise, discussão, reflexão, suporte e *feedback*. A adequada integração dos enfermeiros num serviço com uma modalidade de internamento não convencional, é determinante para a segurança dos cuidados sendo importante a uniformização de um procedimento que assegure as condições e o tempo necessários a uma integração profícua. Decorrente deste trabalho foi elaborado um manual de integração.

Conclusões: O processo de integração pelas suas características e objetivos é considerado parte integrante do processo supervivo sendo a SCE, enquanto promotora da qualidade a chave do sucesso do processo de integração.

PO 44

O IMPACTO DA APLICAÇÃO DO *SIT-TO-STAND TEST* EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: UM ESTUDO DE CASO

Sandra Maria Cova Monteiro Oliveira; Joana Vieira; Filipe Cunha; Vilma Silva; Sandra Fonseca; José Miguel Santos
Centro Hospitalar São João Núcleo H. Valongo

Face ao contexto de maior proximidade e cariz personalizado, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) é crucial para a recuperação e qualidade de vida dos utentes internados em Hospitalização Domiciliária. Atendendo às especificidades e diversidade dos locais de prestação de cuidados foi selecionado como instrumento de medida, para avaliar os ganhos em saúde no âmbito da enfermagem de reabilitação, o *Sit-to-Stand Test* (STST).

Objetivos: Descrever o impacto da aplicação do STST em contexto domiciliário através da análise de um estudo de caso.

Métodos: Estudo de caso quantitativo que decorreu ao longo de 18 dias, com intervenção do EEER, com recurso ao treino de exercício físico e sessões de educação para a saúde junto da

utente e cuidador. Foi realizada avaliação funcional na admissão e alta, bem como foi aplicado o STST três vezes ao longo internamento.

Resultado: Mulher de 60 anos, com o diagnóstico de endocardite infecciosa de válvula protésica; realizou nove sessões de treino presencial. Apresentou evolução funcional favorável com melhoria da força muscular, equilíbrio corporal e treino de marcha, com um STST que evoluiu numa proporção de 4 para 11.

Conclusões: O STST é um instrumento de medida adequado ao contexto de internamento em Hospitalização Domiciliária, sendo de fácil aplicabilidade e leitura dos ganhos em saúde.

PO 45

PROJETO PILOTO LEVO-HOME – ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS INOTRÓPICOS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Pedro Raposo; Fernando Aldomiro; Joana Alexandrino; Filipe Simões; Luis Silvério; Ricardo Rio; Ricardo Pereira; Daniela Lopes; Lurdes Toscano; Ana Brito; Rui Osório
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é um modelo de assistência hospitalar que pretende reduzir o número de admissões no espaço físico do Hospital, assegurando uma assistência clínica idêntica aos internamentos convencionais e, em simultâneo, contribuir para a promoção da investigação. O Levosimendan é um fármaco inotrópico administrado aos utentes com insuficiência cardíaca (IC), implicando admissões na Enfermaria hospitalar com todos os inconvenientes e riscos associados.

Objetivos: Validar em termos clínicos e de segurança a administração desta medicação em contexto de HD.

Metodologia: O serviço de Cardiologia identificou doentes com critérios para administração de levosimendan, e estes foram posteriormente avaliados em termos de critérios de inclusão e exclusão pela UHD.

O protocolo previa a administração quinzenal de levosimendan, com o número de ciclos a serem definidos por critérios clínicos. O internamento em UHD tinha uma duração de 24 horas com procedimentos a realizar no acolhimento e durante o internamento. Alguns instrumentos de avaliação clínica foram aplicados apenas no 1º e últimos ciclos.

Por cada administração ter uma duração de 6 horas, o mesmo foi incorporado nos turnos da manhã e tarde. Este procedimento implicava vigilância e monitorização presencial, no mínimo durante a primeira hora de infusão.

Discussão: Todos os doentes propostos foram admitidos em UHD e a implementação do protocolo não comprometeu a prestação de cuidados aos restantes doentes internados.

Pela complexidade do protocolo foi necessário reduzir o número de visitas a uma equipa, pelo que a segunda equipa ficou mais sobrecarregada. A fim de otimizar a logística necessária para o projecto, foram criados turnos intermédios de apoio.

Conclusão: Ficou demonstrado que é possível administrar de forma segura fármacos inotrópicos em contexto de HD. Este projecto é pioneiro a nível Nacional e Internacional.

O projecto implicou ajustes no funcionamento da UHD, mas não comprometeu a assistência aos restantes doentes. A complexidade do protocolo implicou uma carga de trabalho superior, mas o simplificar do protocolo tornará este procedimento menos complexo em termos de recursos humanos.

Ficou também demonstrado que a UHD tem capacidade para implementar estudos científicos em parceria com outros serviços hospitalares.

PO 46

RETORNOS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: CARATERIZAÇÃO DE TODOS OS CASOS DE UMA UNIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Sara Montezinho; Ana Moura; Filipa Martins Duarte; Joana S. F. Rodrigues; João Duarte; Mafalda Bastos; Maria José Monteiro; Marta Lopez; Nilton Silva; Susana Pereira
Hospital da Feira

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é uma alternativa ao internamento convencional, reduzindo as complicações inerentes ao mesmo. Apesar disso, pode haver necessidade de retorno/transferência do doente a internamento convencional, quer por desejo do doente ou familiar/cuidador, por modificação da condição clínica ou das condições sociais e estruturais.

Objetivo: Análise dos doentes admitidos em HD com necessidade de retorno a internamento convencional.

Metodologia: Estudo retrospectivo com caracterização dos doentes admitidos em HD com necessidade de retorno ao internamento convencional, no período entre novembro de 2018 e dezembro de 2022. A colheita dos dados foi feita através de consulta do processo clínico informático.

Resultados: No período analisado, foram admitidos em HD 1031 doentes. Verificaram-se 101 (9.8%) casos de retorno ao internamento convencional. A média de idades foi de 73.0 anos, a maioria do sexo masculino (55.4%) e 49.5% com dependência parcial ou total nas atividades de vida diária. Quanto às comorbilidades, verificou-se um *score* Charlson ajustado à idade (aCCI) médio de 6.5.

As infeções respiratórias foram o principal motivo de internamento (32.7%) seguido da insuficiência cardíaca descompensada (25.7%). A maioria dos doentes eram provenientes do serviço de Medicina Interna (64.4%) e do serviço de Urgência (14.9%), com uma média de dias

de internamento em internamento convencional de 7.4 e em HD de 6.1 dias.

Da análise do motivo de retorno: a maioria deveu-se a agravamento clínico (81.2%), sendo que em 26.8% dos casos o agravamento clínico não foi relacionado com o motivo de internamento; 13.9% por motivos sociais; e 3.0% para intervenções programadas. Após o retorno, os doentes permaneceram internados uma média de 11.4 dias. A taxa de mortalidade durante o internamento foi de 16.8%. A maioria teve alta hospitalar (72.3%), sendo que 31.0% dos doentes foi reinternado aos 30 dias e 33.3% faleceu no mesmo período.

Conclusão: A HD permite o tratamento de diversas patologias no domicílio. Contudo, na amostra avaliada, verificaram-se 9.8% de casos de necessidade de retorno, a maioria por agravamento clínico. Um número significativo de doentes retornados faleceu durante o internamento ou nos 30 dias após a alta, assim como cerca de um terço foi reinternado no mesmo período.

PO 47

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA POLIVALENTE VERSUS CIRÚRGICA

Sonia Margarida Dias Marques Malaca¹;
Guida Lopes²; Nuno Simões²; Yahia Abuowda¹;
Ana Rodrigues²

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE; ²Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é um modelo de prestação de cuidados inovador face ao internamento convencional, com vantagens e impacto positivo na melhoria da saúde e bem-estar dos doentes. Existe a necessidade de especialização da HD para dar resposta a doentes com maior grau de complexidade no domicílio.

Objetivo: Descrever comparativamente o perfil de doentes com patologia do foro cirúrgico

internados numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Cirúrgica (UHDC) e numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente (UHDP).

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo dos dados de produção assistencial da UHDC e da UHDP nos anos 2020 a 2022. Os dados foram obtidos através da consulta dos programas SONHO e SClínico.

Resultados: No período referido foram admitidos na UHDC 783 doentes e na UHDP 518 doentes, dos quais 152 (29,34%) são do foro cirúrgico. A proveniência dos doentes é de origem polivalente em ambas as unidades. Os diagnósticos mais frequentes na UHDC foram: Colectectomia, Apendicectomia, Ressecção Anterior do Reto, Problemas dos membros, Colectite aguda e Diverticulite aguda e na UHDP Ferida/Úlcera Infetada, Infecção Partes Moles, Diverticulite, Otite Complicada, ITU complicada, Abscesso orofaringe da cabeça e pescoço e Infecções Articulares e Ósseas. Os tratamentos principais na UHDC foram a administração de antibioterapia endovenosa, vigilância de drenos, ensinos para o autocuidado, reabilitação, tratamento de feridas (simples e complexas). Na UHDP o tratamento principal foi a administração de antibioterapia como tratamento médico e conservador, por vezes, associados ao tratamento de feridas complexas.

Conclusão: A especialização das UHD permite a admissão de doentes complexos e diagnósticos de maior gravidade, em cada área de especialidade, como observado nos doentes da UHDC, permitindo altas precoces do internamento convencional e procedimentos mais complexos no domicílio, além do melhor aproveitamento dos recursos hospitalares. A especialização das UHD e o modelo estritamente cirúrgico deverá ser em exclusivo para os grandes centros hospitalares ou se as UHD polivalentes devem ter esta especialidade associada à sua atividade, nem que seja em tempo parcial para completar a sua multidisciplinaridade.

PO 48

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA: UMA COMPLEXIDADE CRESCENTE DE DOENTES EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Mariana Costa; Joana Serôdio; Tiago Almeida;
Sofia Fontes Ribeiro
*Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de
Santo António*

Introdução: A síndrome hemolítico-urêmica atípica (SHUa) caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal não precedidas de diarreia hemorrágica. É uma forma rara de microangiopatia trombótica causada por uma ativação descontrolada da via alternativa do complemento. O seu diagnóstico é intrincado, envolvendo um alto índice de suspeição, além da necessidade de um início célere de terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, hipertensa, internada em Hospitalização Domiciliária por urossépsis com disfunção renal. Medicada com ceftriaxone, com parâmetros inflamatórios em descida, mas com agravamento do estado geral, sem outra clínica focalizadora de órgão. Evoluiu com agravamento progressivo da anemia (Hb mín. 4.3g/dL), trombocitopenia (plaq mín. 25000/uL), elevação de DHL (máx. 2868U/L), haptoglobina indoseável, teste de Coombs negativo e foram documentados esquizócitos no esfregaço de sangue periférico. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios na suspeita de anemia microangiopática trombótica, tendo realizado suporte transfusional, corticoterapia em alta dose e plasmferese. Do restante estudo: sem evidência de lúpus eritematoso sistémico ou síndrome do anticorpo antifosfolipídico; doseamento de ADAMTS13 nos valores funcionais; avaliação do complemento, após plasmferese, com consumo de C4, C3 normal e ligeiro aumento de C1q e fator H. Pela hipótese mais provável de SHUa por trigger infeccioso, iniciou eculizumab, que manteve durante

5 meses, com boa evolução. O estudo genético não identificou mutações nos reguladores ou ativadores do complemento. Após suspensão de eculizumab, manteve atividade da via alternativa frenada, com estabilidade do hemograma, função renal e sem evidência de hemólise.

Conclusão: A Hospitalização Domiciliária admite cada vez mais doentes com potencial de complicação e complexidade elevada, sendo fulcral o papel do internista numa avaliação metódica e global do doente. A SHUa está associada a complicações sistémicas com risco não desprezível de mortalidade. Adicionalmente, a própria ausência de mutações características não exclui esta patologia, sendo mais uma vez essencial a noção do seu espectro de manifestações, para permitir uma atuação precoce e redução de complicações/mortalidade.

PO 49

O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NO ACOMPANHAMENTO DE DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Cristiana Violante Soares da Costa; Márcia Miguel;
Telma Antunes; Davide Oliveira; Ana Maria Costa;
Ana Rita Marques; Steeve Rosado
*Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de
Torres Vedras*

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) tem uma prevalência nos adultos de 4,36% e representa cerca de 2% do orçamento total para a saúde. É uma das principais causas de hospitalização no nosso país, com custos elevados crescentes. Cerca de 25 em cada 200 pessoas hospitalizadas por um episódio de IC aguda não sobrevive

A hospitalização domiciliária (HD) é um modelo de cuidados que disponibiliza assistência clínica de nível hospitalar, no domicílio, a doentes que requerem internamento hospitalar, que optem voluntariamente por este tipo de internamento e que cumpram critérios presentes na norma 20/2018 da Direção Geral de Saúde (DGS). É

“(…) um modelo organizativo específico, centrado no doente (…) procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.” DGS 2018.

Este estudo de caso, tem como objetivo perceber o impacto da HD no acompanhamento de doentes com IC e relata o caso de um doente com IC, em fase avançada da doença, com várias comorbilidades, referenciado pela primeira vez a 12/7/2021, que teve 9 episódios de internamento em regime de HD, com 4 episódios de internamento em serviço de Urgência, e que veio a falecer sob os cuidados da equipa da HD, em sua casa no último internamento em março de 2023.

Métodos: a metodologia utilizada foi a de estudo de caso.

Resultados: A HD considera o domicílio como cenário terapêutico, potenciando a intervenção de modo a reduzir o impacto da doença crónica na autonomia e funcionalidade do doente; a adequar o domicílio de modo a promover participação ativa do doente, o bem-estar e a segurança. A capacitação e o empoderamento dos doentes e cuidadores é pedra angular da prática de cuidados em HD, a par com intervenções terapêuticas dirigidas, e visando a redução do impacto da doença.

Conclusão: A IC afeta cerca de 600 mil portugueses, estimando-se um aumento da sua prevalência entre 50 a 70% até 2030. É uma das principais causas de hospitalização e readmissão hospitalar, com elevados custos associados. A eficácia do tratamento e implementação de medidas de capacitação e de empoderamento do doente e família, podem aumentar a sobrevida. A HD surge assim como uma estratégia viável e promotora da melhoria das condições de vida destes doentes contribuindo para a otimização do tratamento.

PO 50

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO ENSINO DA TÉCNICA INALATÓRIA

Cláudia Costa; Marco Peixoto; Helena Santos; Nuno Martins

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Na hospitalização domiciliária (HD) constatamos frequentemente com erros na execução da técnica inalatória, que tem um grande impacto na evolução da saúde do doente com problemas respiratórios. Conscientes desta problemática, a equipa apostou no ensino da inaloterapia. Neste sentido a equipa de enfermagem de reabilitação deu formação à restante equipa (médicos e enfermeiros) e monitorizou os doentes com uso de terapêutica inalatória de curta e longa duração de ação, para perceber a eficácia dos ensinamentos na execução da técnica.

A todos os doentes internados em HD com terapêutica inalatória está protocolado o ensino da técnica. Em todas as visitas é efetuado o reforço dos ensinamentos e ao 4º dia de internamento é aplicada a *check-list* da norma da DGS adequada ao tipo de inalador. Este estudo pretende avaliar a eficácia do ensino da técnica inalatória em doentes internados em regime de HD, através de um estudo observacional transversal, compreendido entre outubro de 2022 a abril de 2023.

A técnica foi avaliada em 65 doentes internados em HD, com 28 indivíduos do sexo feminino e 37 do sexo masculino, com média de idades de 71,6 anos. Destes, 21 referem que nunca lhes foi explicada a técnica inalatória e a 44 foi ministrada algum tipo de instrução por profissionais de saúde. Avaliada a técnica em dois momentos, pré-instrução e pós-instrução, para os diferentes inaladores, constatamos que para o inalador de névoa suave (*Soft Mist Inhaler – SMI*) houve uma redução de 6 para 1,16 erros (média), nos inaladores de pó seco (*Dry powder inhaler – DPI*) de 4,5 para 2 erros e nos inaladores pressurizados (*Pressured Metered Dose – Inhaler – PMDI*) com câmara expansora de 2,53

para 1,38 erros. É possível concluir que a maior parte dos doentes, apesar de manterem alguns erros na execução da técnica, reduziram em todos os tipos de inaladores o número de erros. O reforço dos ensinamentos da técnica inalatória deve ser uma constante, com intervenções individualizadas e adequadas a cada doente, até à autonomia, sendo importante a revisão periódica de erros de execução.

PO 51

QUALIDADE E SEGURANÇA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Adriana Santos Silva; Letícia Peralta;
Amélia Magalhães; Luísa Meco; Amália Pereira
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: A segurança na saúde é um dos pilares da medicina moderna, que nos últimos anos, tem conquistado um papel principal na prestação de cuidados das equipas de saúde, com foco na comunicação, nas práticas seguras e na prevenção e gestão de incidentes. Se a segurança do doente internado em ambiente hospitalar é importante, para o doente em hospitalização domiciliária (HD) é fundamental e indispensável.

A acreditação pela *Join Commission International* e a certificação pela Direção Geral de Saúde permitiu ganhar e consolidar competências que possibilitam a prestação de cuidados de saúde em segurança no domicílio.

As autoras propõem-se a avaliar o cumprimento de standards obrigatórios de qualidade de prestação de cuidados através da análise das respostas ao questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes e Cuidadores.

Métodos: Estudo unicêntrico, retrospectivo que incluiu 212 doentes internados no segundo semestre de 2022. Através de questões fechadas de resposta múltipla, são analisadas diversas dimensões e respetivos níveis de satisfação, avaliados numa escala qualitativa de “Muito Bom” a “Mau”.

Resultados: Dos 212 doentes internados, foram recebidos um total de 147 questionários (69.34%). Foram analisadas as respostas relativas à intimidade e privacidade do doente, comunicação eficaz, decisão partilhada e segurança. Na sua maioria, os doentes/cuidadores classificam estes parâmetros como “Bom” e “Muito bom”. A pergunta com maior espectro de respostas é a da segurança no momento da alta, com 82.31% de “Muito bom”, 10.89% de “Bom” e 2.72% de “Satisfatório” (4.08% não responderam).

Conclusão: A cultura da qualidade e segurança em HD, com foco no doente como centro da prestação de cuidados, permite não só uma melhor atuação da equipa, mas também uma perspetiva de melhoria contínua do serviço. Foram estes os objetivos que levaram à candidatura aos processos de acreditação e certificação e que garantem a melhor prestação de cuidados aos doentes e cuidadores.

PO 52

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO... MAS NÃO TANTO!

Teresa Abegão; Mariana Lourenço Figueiras;
Joana Rita Pereira; Carlos Cabrita;
Catarina Mendonça
Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Um dos critérios para admissão em hospitalização domiciliária é que o doente referenciado tenha um diagnóstico estabelecido.

Os autores apresentam uma série de quatro casos de doentes internados em hospitalização domiciliária com um diagnóstico inicial, mas cuja evolução clínica e investigação complementar posterior levou a outro diagnóstico.

Caso 1: Homem de 41 anos, admitido por osteomielite do punho e 2º dedo da mão esquerda pós-traumática. Surgiram-lhe posteriormente lesões papulosas ulceradas no antebraço, cujo exame anatomopatológico foi compatível com

xantogranuloma necrobiótico. O estudo posterior permitiu chegar ao diagnóstico de sarcoma epitelióide com metastização pulmonar.

Caso 2: Homem de 29 anos, admitido por celulite da coxa direita. Por início de dor pleurítica esquerda, foram realizados exames complementares que levaram ao diagnóstico final de neoplasia do testículo com metastização pulmonar, trombose venosa da veia cava inferior e eixo ilíaco e tromboembolismo pulmonar.

Caso 3: Mulher de 67 anos, admitida por pneumonia lobar média, mas cuja persistência de febre levou ao diagnóstico final de pielonefrite obstrutiva direita, com hérnia de Bochdalek com herniação parcial do fígado para a cavidade torácica (que simulava a opacidade do lobo médio).

Caso 4: Mulher de 76 anos, internada por necrose da ponta do nariz com sobreinfecção por *P. aeruginosa*. O surgimento de lesões sugestivas de vasculite no dorso da mão e maléolo externo esquerdos que evoluíram para necrose e sua investigação permitiu chegar ao diagnóstico final de Linfoma não-Hodgkin B de células pequenas.

A hospitalização domiciliária é uma opção de internamento cada vez mais utilizada para o tratamento de doentes com diagnóstico estabelecido. No entanto, os casos descritos demonstram que nem sempre assim acontece. Tal como no internamento convencional ou nas consultas de seguimento, deve ser sempre mantida a suspeição clínica e continuar a marcha diagnóstica se necessário.

PO 53

NEUTROPÉNIA FEBRIL NO DOMICÍLIO: 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Soraia Proença e Silva; Guilherme Salavisa; Paulina Mariano; M.^a Eufémia Calmeiro; Isabel Antunes; Hugo Caldeira; Ana Catarina Marques; João Domingos; Joana Grilo; Carlos Almeida; João Moreira; M.^a Eugénia André
Hospital Amato Lusitano

Introdução: A doença neoplásica é uma patologia com elevada morbi-mortalidade, sendo a neutropénia febril uma complicação grave do tratamento com quimioterapia e, conseqüentemente, uma causa importante de recurso aos serviços de saúde.

Objetivo: Caracterização de uma população de doentes internada em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) com o diagnóstico de neutropénia febril.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram incluídos os doentes internados em UHD com o diagnóstico de neutropénia febril, durante o período de 29 de março de 2019 a 29 de março de 2023. Os dados foram obtidos do programa SCLINic, sendo posteriormente analisados por Excel[®].

Resultados: Num total de 624 internamentos, 121 apresentou patologia oncológica. Deste último grupo, foram selecionados os doentes com o diagnóstico de neutropénia febril, num total de 23 doentes. A maioria era do sexo masculino (52%). Quanto à proveniência, 65% foi referenciado do internamento e os restantes 35% do serviço de Urgência (SU). O tempo médio de internamento foi de 7 ± 2 dias. Todos os doentes tinham doença oncológica ativa à data de admissão, em que 57% ($n = 13$) foi feito o diagnóstico recentemente (há < 1 ano). Todos os doentes estavam sob quimioterapia e 30% foi submetido a cirurgia e/ou radioterapia. As principais neoplasias encontradas foram a neoplasia hematológica, da mama e do pulmão e as comorbilidades mais prevalentes eram a

hipertensão arterial, a dislipidémia e a doença pulmonar obstrutiva crónica.

Tendo em conta o grau de neutropénia, a maioria foi classificada como grave (43%) e mais de 80% dos doentes fez antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam. Por febre persistente ou candidíase orofaríngea, em 39% dos doentes houve a necessidade de adicionar antifúngico; 57% dos doentes fez também fator de crescimento leucocitário. Quanto ao MASCC, este revelou que 70% dos doentes era considerado de baixo risco.

Conclusões: Os doentes oncológicos representam um grupo vulnerável a complicações infecciosas. O internamento em Hospitalização Domiciliária pode ser uma mais-valia neste tipo de doentes, dado que tem como um dos principais objetivos minimizar as complicações hospitalares, de modo a melhorar os cuidados de saúde prestados.

PO 54

FERIDAS COMPLEXAS EM HD

Maria Helena Rosário; José Roberto Silva; Ana Sofia Nicola; Cristina Andrade; Susana Morgado; Ana Paula Coelho; Carla Correia; Joel Monteiro; Teresa Marques; Daniel Rocha; Rui Pedro Lopes
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: Dos procedimentos realizados em hospitalização domiciliária (HD), enunciamos o tratamento de feridas complexas, cujo sucesso é possível quando inserido numa equipa multidisciplinar. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde já considerava a temática das feridas e todo o seu impacto uma epidemia. Importa definir o conceito de ferida complexa ou de difícil cicatrização, como sendo a ferida que fica estagnada em qualquer uma das fases do processo de cicatrização. Perante este cenário complexo, é essencial a prestação de cuidados multidisciplinares no tratamento das feridas complexas, com benefícios comprovados para

a pessoa, familiar cuidador, profissionais e instituição de saúde.

Objetivo: Evidenciar o resultado do trabalho em parceria multidisciplinar no cuidar da pessoa com feridas complexas em internamento domiciliário.

Metodologia: Trata-se da apresentação de feridas complexas de pessoas internadas em casa, sendo o seu tratamento potenciado pela prestação de cuidados multidisciplinares.

Resultados/Conclusão: A abordagem da ferida complexa deve ser sistemática e sistematizada, em equipa multidisciplinar. Cabe aos profissionais da HD o reforço da educação terapêutica, vigilância e promoção da saúde, aumentando desta forma a literacia da pessoa doente e familiar cuidador num local privilegiado, que é o seu ambiente. Verificou-se que é possível o tratamento de feridas complexas, com necessidade de terapias avançadas, em contexto de hospitalização domiciliária, contribuindo assim, para a qualidade de vida da pessoa. A tríade, pessoa doente, familiar cuidador e equipa multidisciplinar, são os intervenientes fundamentais no sucesso do tratamento de feridas complexas em hospitalização domiciliária.

Palavras Chave: Ferida complexa; equipa multidisciplinar; hospitalização domiciliária

PO 55

REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM UTENTES INTERNADOS EM CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ricardo Pereira; Pedro Raposo; Ricardo Rio
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A reabilitação é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), citada pela Union Européenne de Médecins Spécialistes (UEMS) como “uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção duma completa integração social” (UEMS). Processo com um conjunto de etapas e uma abrangência

de interlocutores, com profissionais de saúde, Utentes, Família, Cuidadores, onde uma abordagem sistémica é fundamental para atingir os seus objetivos, Permitindo o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológica, físicas ou sociais, relacionados com potenciais anteriores (Andrade *et al.*, 2010). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que escuta, assiste, ensina, esclarece dúvidas, realiza técnicas, numa perspetiva do desenvolvimento da Pessoa. (Babo *et al.*, 2010). A Reabilitação Respiratória contribui para prevenir e tratar vários aspetos das desordens respiratórias, tais como, obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia e melhorar a performance de exercícios (LIEBANO *et al.*, 2009). Cada programa deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta múltiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sócio familiar e profissional), com o local de aplicação (ambulatório, internamento hospitalar ou internamento no domicílio) e com os meios disponíveis. Tem sido uma premissa dos EEER a realização de reeducação funcional respiratória (RFR) ao Utente com alteração da função respiratória, internados em modalidade de Hospitalização Domiciliária. Neste ponto é importante realçar o ensino realizado acerca da terapêutica inalatória e os exercícios que deverão ser efetuados ao longo da duração das visitas, bem como ao longo do dia, tendo como objetivo final a recuperação eficaz e restabelecimento do funcionamento respiratório correto. É uma terapêutica baseada no movimento, atuando principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios.

PO 56

INTERNAR SEM PASSAR PELO HOSPITAL

Elvis Arias Guevara; Mufulama Cadete; Cláudia Viegas; Ana Gomes; Conceição Escarigo; Pedro Beirão; Sílvia Pereira; Andreia Nunes; Sara Ramalho; Marta Soares; Alexandra Dias; Raquel Espadaneira; Rui Saramago; Ana Emídio; Ricardo Martins; Úrsula Barradas; Inês Costa; Carin Guerreiro; Fernando Palhim; Vitória Cunha; Francisca Delerue

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), permite a abordagem do doente com patologia aguda ou crónica agudizada que necessite transitoriamente de cuidados de nível hospitalar, minimizando o tempo de internamento convencional, e permitindo reduzir as complicações inerentes ao mesmo. Também valoriza o papel da família/cuidador, e permite prevenir a institucionalização e o abandono.

Objetivo: descrever e analisar os doentes internados na UHD que foram referenciados dos cuidados de saúde primários, e admitidos a partir do domicílio, nos 7 primeiros anos numa Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Metodologia: análise retrospectivo – descritivo dos dados dos doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários, e admitidos na UHD no seu domicílio entre novembro de 2015 e abril de 2023.

Resultados: de 74 avaliações realizadas, 65 dos doentes foram admitidos e todos tiveram alta nesse período. A demora média foi de 10 dias, totalizando 681 dias de Internamento.

As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes. Os diagnósticos principais na alta foram: cistite (38,46%), bacteriúria assintomática (13,84%) e úlcera infetada (12,30%). O diagnóstico secundário mais frequente foi lesão renal.

O retorno ao hospital foi de 12,30%; a taxa de mortalidade foi de 3,07%. A taxa de satisfação dos utentes e familiares foi superior a 90%.

Discussão e conclusões: A UHD é um projeto com poucos anos em Portugal. Mas permite uma interação direta com os cuidados de saúde primários garantindo cuidados de nível hospitalar sem necessidade de que o doente saia do conforto da sua casa. Os doentes admitidos até o momento contemplam maioritariamente patologias infecciosas. A UHD está associada à redução da demora média e complicações inerentes ao internamento convencional. Constitui uma alternativa de internamento eficaz e seguro associado à elevada satisfação dos utentes e seus familiares.

PO 57

TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Catarina Tavares Valente; Raquel Saraiva Figueiredo; Jéssica Fidalgo; Carina Santos; Paula Neves; Sónia Coelho; João Correia
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Objetivos: avaliar a eficácia e segurança da cateterização subcutânea (SC) na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e criar evidência para o uso de fármacos *offlabel*.

Métodos: realizou-se um estudo retrospectivo e observacional, com extração de dados de doentes internados em UHD, de maio de 2021 a abril de 2023, submetidos a terapêutica via cateter SC. Foram analisados 27 internamentos (11.2%), com colocação de 38 cateteres SC. O tempo de permanência máximo definido para o cateter foi 5 dias.

Resultados: A maioria dos doentes era do sexo feminino (76%). A idade variou de 31 a 100 anos (média de 70.24). A maioria dos cateteres SC foi colocada após tentativas de cateterização venosa periférica, sem sucesso. Insuficiência renal aguda (31%) foi o motivo mais frequente para a administração dos fármacos, seguida de infeção bacteriana (30%). Os fármacos mais administrados foram: soro cloreto de sódio

(NaCl) 0.9% (55%) e ceftriaxone (21%). Todos os fármacos foram eficazes no seu propósito. Dos cateteres, 6 (16%) apresentaram complicações locais, sendo dor e rubor as mais frequentes (cada uma 33% do total de complicações) e as restantes: edema e infiltração (respetivamente 17% do total). Soro NaCl 0.9%, ceftriaxone e cloreto de potássio foram os fármacos associados a complicações. Os fármacos *offlabel* não resultaram em complicações.

Conclusões: A taxa de complicações foi superior à da escassa bibliografia encontrada. Dado o tamanho da amostra, não se consegue concluir fatores que se relacionem com complicações de cateteres SC em UHD. A dor foi uma das complicações mais frequentes, tal como descrito na literatura. As complicações observadas foram rapidamente reversíveis, o que não afasta o perfil seguro e eficaz da via SC. São necessários estudos adicionais sobre o uso de cateterização SC, nomeadamente, em relação à utilização de fármacos *offlabel*. Salienta-se a importância da formação dos profissionais de saúde para a realização desta técnica e atuação/criação de protocolos.

PO 58

INFEÇÕES URINÁRIAS: A REALIDADE DE UMA UHD

Guilherme Moura; Soraia Proença e Silva; Eufémia Calmeiro; Paulina Mariano; Isabel Antunes; Hugo Caldeira; Ana Catarina Marques; João Domingos; Joana Grilo; João Moreira; Carlos Almeida; M^ª Eugénia André
Hospital Amato Lusitano

Introdução: As infeções urinárias (IU) são das principais doenças infecciosas em meio hospitalar e a mais comum na rotina dos cuidados primários. Clinicamente pode apresentar-se num espectro desde a cistite, pielonefrite a urosepsis. Nos países desenvolvidos 15% da antibioterapia é prescrita num contexto de ITU, havendo uma crescente resistência a escolhas farma-

cológicas de primeira linha, com custos sociais importantes quer em absentismo como na utilização de camas de agudos.

Objectivos: Caracterização da população internada na Unidade Hospitalização Domiciliária (UHD) com o diagnóstico de IU, tipo de infeção urinária, duração média de internamento, agente etiológico, perfil de resistências, antibióticos prescritos e comorbilidades associadas.

Metodos: Estudo retrospectivo, com amostra constituída por 93 doentes com IU Internados na UHD, no período compreendido entre Março de 2019 a Março de 2023. Os dados foram recolhidos após consulta do processo clínico na plataforma SClinico e posterior análise estatística em Excel.

Resultados: No universo de 625 internamentos na UHD, 93 doentes (14,9%) foram diagnosticados com IU, 54,8% eram do sexo feminino, idade média de 65,2 anos. A pielonefrite foi prevalente em 25,8% dos casos, com 56% das infeções adquiridas na comunidade. A média de internamento foi 10,5 dias e o agente etiológico mais frequente a *E.Coli* (39,8%), seguido da *Klebsiella Pneumoniae* (16,1%). Quanto à antibioterapia o Ceftriaxone (42%) e Ertapnem (10,8%) foram os mais prescritos. As comorbilidades mais comuns foram IU de repetição (34,4%), hiperplasia benigna da próstata (26,8%) e demência (23,7%).

Discussão: Este estudo demonstrou resultados consistentes com a literatura como a maior frequência de IU no sexo feminino, a *E.Coli* como principal agente etiológico e a idade como um factor de risco. Há um raro uso de quinolonas, facto este relacionado com os padrões de resistência da população da nossa area demográfica. A modalidade de internamento em hospitalização domiciliária para estes doentes torna-se uma opção válida com vários benefícios para o enfermo como para o sistema de saúde, vagando camas, reduzindo custos e mantendo a qualidade dos cuidados prestados.

PO 59

DA URGÊNCIA DIRETAMENTE PARA CASA

Elvis Arias Guevara; Mufulama Cadete; Cláudia Viegas; Ana Gomes; Conceição Escarigo; Pedro Beirão; Sílvia Pereira; Andreia Nunes; Sara Ramalho; Alexandra Dias; Gilberto Martins; Carin Guerreiro; Marta Soares; Raquel Espadaneira; Rui Saramago; Ana Emidio; Ricardo Martins; Úrsula Barradas; Inês Costa; Fernando Palhim; Vitória Cunha; Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD), tem por objetivos proporcionar cuidados de saúde a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada que necessitem transitoriamente de cuidados de nível hospitalar, reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional, criar um ambiente psicológico mais favorável ao doente durante o internamento, valorizar o papel da família/cuidador, prevenir a rejeição, o abandono e a institucionalização.

Objetivo: Descrever e analisar os doentes admitidos numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), referenciados desde o serviço de Urgência de um Hospital em Portugal entre 2015 e 2023.

Metodologia: análise retrospectivo – descritivo dos dados dos doentes admitidos na UHD diretamente do serviço de Urgência, desde novembro de 2015 até abril de 2023.

Resultados: de 1065 avaliações realizadas, 730 dos doentes foram admitidos, tendo alta na sua totalidade neste período. A demora média foi de 11 dias, totalizando 27961 dias de Internamento.

Os diagnósticos principais na alta foram: pneumonia bacteriana (21,09%), pielonefrite aguda (18,63%), insuficiência cardíaca (15,47%) e cistite aguda (13,28%). O diagnóstico secundário mais frequente foi insuficiência respiratória. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e insuficiência cardíaca.

O retorno ao hospital foi de 12,19%; a taxa de mortalidade foi de 1,09%.

Discussão e conclusões: A HD é um projeto que permite o internamento dos doentes desde o serviço de Urgência, num ambiente seguro e confortável para o paciente, diminuindo os riscos associados ao internamento convencional. Os doentes admitidos até o momento contemplam maioritariamente patologias infecciosas e cardiovasculares. A HD constitui uma alternativa segura e eficaz ao internamento convencional.

PO 60

QUANDO A RESPOSTA ESTÁ NO SANGUE

Raquel Costeira; Ricardo Manuel Pereira; Mariana Moreira Azevedo; Helena Gonçalves; Cátia Canelas; Fernando Salvador
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença infecciosa do tecido cardíaco, afetando principalmente válvulas cardíacas e dispositivos intracardíacos.

Caso clínico: Homem de 71 anos com antecedentes pessoais de cirrose hepática (de etiologia alcoólica e MAFLD), varizes esofágicas, carcinoma hepatocelular multinodular, estenose aórtica severa, Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial essencial. Internado por hemorragia digestiva alta com necessidade transfusional, com endoscopia digestiva alta sem sinais de hemorragia aguda. Na admissão, elevação dos parâmetros inflamatórios, motivando início de antibioterapia empírica com ceftriaxona. Apesar de exame sumário de urina, radiografia de tórax e ecocardiograma não sugestivos de infeção, isolamento de *Enterococcus faecalis* em hemoculturas. Por bacteriemia de origem desconhecida, foi realizada TC toracoabdominopélvica que não foi sugestiva de processo infeccioso. Após modificação de antibioterapia para daptomicina, o doente foi encaminhado para a Unidade de Hospitalização Domiciliária

(UHD). Apesar de boa evolução clínica e analítica, manteve hemoculturas persistentemente positivas, motivando a realização de novo ecocardiograma, que revelou várias vegetações da válvula aórtica, permitindo o diagnóstico de EI. Após discussão multidisciplinar, iniciou-se terapêutica dirigida com linezolid. Ao fim de 40 dias e múltiplas complicações, alta possível sob moxifloxacina e rifampicina, com estabilidade hemodinâmica, apirexia sustentada e hemoculturas estéreis, apesar de imagens ainda sugestivas de EI em ecocardiograma.

Conclusão: Ainda que doentes com estenose aórtica severa representem elevado risco de EI, a cronologia apresentada é rara, sendo geralmente a endocardite a originar bacteriemia, e não o contrário. Enfatiza-se também o valor da UHD, que possibilita a prestação dos melhores cuidados possíveis em internamentos prolongados, mesmo a doentes menos estáveis e sem diagnóstico definitivo.

PO 61

DO MOVIMENTO ASSISTENCIAL AOS RESULTADOS OPERACIONAIS DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Nino Coelho; Carla Costa; Susana Cavadas
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A sustentabilidade é um conceito com visão a longo prazo, que assegura a satisfação das necessidades da presente geração, sem comprometimento das necessidades das gerações futuras. Do ponto de vista económico, implica gerar receitas suficientes para pagar os custos e gerar externalidades positivas. A hospitalização domiciliária (HD) tem como objetivos, além de diminuir as infeções nosocomiais, o número de camas e custos hospitalares, melhorar a qualidade de vida dos doentes. Sendo a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde um assunto atual dada a escassez de recursos, importa refletir no impacto económico que esta alternativa representa.

Objetivo: Descrever o movimento assistencial e os resultados operacionais de uma unidade de HD no triénio 2020-2022.

Metodologia: Pesquisa quantitativa não experimental, longitudinal. Análise retrospectiva dos doentes com alta no triénio 2020-2022, através de dados colhidos do Sclínico, Tableau de bord e Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento.

Resultados: Foram tratados 1180 doentes, com média de idade de 74 anos. Verificou-se um decréscimo de 18% no número de doentes tratados em 2022 face a 2021, apesar do aumento da taxa de ocupação. A maioria dos doentes foi internada a partir da urgência (49,3%), seguida do internamento convencional (42,7%). Os restantes foram admitidos diretamente da consulta ou referenciados dos cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados e estruturas residenciais para idosos, constituindo urgências evitáveis. Relativamente aos resultados operacionais, em 2022 verificou-se um resultado positivo em 368,967 euros, inferior ao de 2021, mas com os gastos a acompanhar esta tendência. Cerca de 78,6% dos gastos foram relativos a Gastos com Pessoal, 10,99% a Fornecimentos e Serviços Externos e 10,36% a Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas. Os rendimentos da HD acompanharam a tendência da atividade assistencial.

Conclusão: De forma a melhorar a sustentabilidade económica da HD é essencial o incremento do movimento assistencial, com conseqüente melhoria dos resultados operacionais. No caso em análise, será necessário aumentar o número de doentes admitidos, nomeadamente através do alargamento do número de camas e da realização de protocolos com especialidades cirúrgicas.

PO 62

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NUM PÓS TRANSPLANTE RENAL COMPLICADO

João Oliveira; Nino Coelho; Susana Cavadas; Joana Neves

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

O internamento em hospitalização domiciliária (HD) tem vindo a tornar-se progressivamente mais abrangente ao nível das patologias, com diferentes níveis de complexidade e com equipas cada vez mais dedicadas e diferenciadas. Doente do sexo masculino de 66 anos, com antecedentes de doença renal terminal desde há 5 anos, inicialmente em diálise peritoneal e os últimos 3 em programa de hemodiálise, enfarte agudo do miocárdio, submetido a revascularização, e substituição valvular aórtica por prótese metálica, que motivou hipocoagulação com varfarina. Realiza transplante renal em janeiro de 2023, com diurese espontânea no pós transplante, mas que cursa com múltiplas complicações, entre as quais fistula urinária, choque hemorrágico e uma infeção intra-abdominal, de coleção abecedada peri-enxerto, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase, abordada inicialmente com colistina com necessidade de escalada para ceftazidima/avibactam. O internamento hospitalar teve a duração de 6 semanas, apresentando-se o doente com miopatia de desuso marcada e com quadro depressivo importante. Dada a evidência clínica e analítica de boa resposta à antibioterapia, com função renal estável e terapêutica imunossupressora otimizada, é proposto o internamento em HD para continuidade de antibioterapia. No retorno ao domicílio o doente apresentava-se com atrofia muscular generalizada, com necessidade de apoio nas atividades de vida diária (AVD), e com má compliance terapêutica, nomeadamente ao nível da hidratação, com creatinina sérica de 2mg/dl. Durante os 15 dias de internamento para além

da administração terapêutica e monitorização da evolução, foi realizada reabilitação física 3 vezes por semana e reforçados ensinamentos no pós-transplante. O doente teve alta com creatinina de 1.4mg/dl, autónomo nas AVD e com franca melhoria do estado geral.

Este caso pretende ilustrar o impacto positivo que o internamento em HD tem nos doentes. Possibilitar o retorno ao domicílio após um internamento de elevada complexidade e duração, foi essencial na reabilitação e recuperação do doente. A diferenciação das equipas permite internar doentes com maior grau de complexidade, des-tancando-se aqui a importância da existência de enfermeiros de reabilitação para a obtenção de bons resultados e ganhos em saúde.

PO 63

O DOENTE PALIATIVO EM UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Nadia Santos; Vânia Rodrigues; Amália Pereira
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O rápido envelhecimento da população leva a novas necessidades na sociedade, principalmente no que diz respeito ao doente paliativo. Estes sofrem, não raras vezes, agudização da sua patologia e patologia aguda com necessidade de cuidados hospitalares. A hospitalização domiciliária (UHD) permite a estes doentes um incrementando de cuidados hospitalares, uma vez que oferece cuidados de saúde no domicílio. Não é de desconsiderar a possibilidade de envolver a família do doente, promovendo a humanização do mesmo e a capacitação do seu meio familiar.

Objetivos: Descrição do internamento do doente paliativo em UHD.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, do internamento de doentes referenciados pela consulta de cuidados paliativos, entre janeiro e dezembro de 2022.

Resultados: Foram avaliados 24 internamentos, dos quais 5 correspondem aos mesmos doentes.

Destes 4 foram internados duas vezes e 1 três. Da amostra 7 eram do sexo feminino, com idade média de 51.04 anos. A demora média de internamento foi de 9.1 dias. Dos internados, 13 tinham patologia oncológica prévia. Os restantes doentes eram seguidos para acompanhamento de fim de vida, por patologia crónica terminal, como insuficiência cardíaca, doença hepática crónica e doença neurológica. O principal motivo de internamento foi causa infecciosa (n = 11), seguido de tratamento de descompensação da doença crónica e controlo sintomático (n = 9), 3 dos internamentos ocorreram para efetuar pensos, um deles no contexto de ferida maligna e por fim, para controlo da dor, em 1 dos casos. À data de alta 16 doentes apresentavam melhoria do seu estado clínico. Houve necessidade de transferência hospitalar de 5 doentes por agravamento clínico e 1 por motivos sociais. Ocorreram 2 óbitos, ambos espectáveis. Não se verificaram intercorrências infecciosas, quedas ou síndromes confusionais agudas.

Conclusão: Sabe-se que a realização de cuidados de saúde no domicílio favorece um dos princípios de cuidados paliativos, contribuindo para a redução da ansiedade do paciente e seus familiares. Além de incrementar a capacitação da família nos cuidados e abordagem da doença, permite a redução do internamento hospitalar e intercorrências associadas. É neste ponto que a UHD pode ter um papel fulcral, tratando o doente no conforto do seu lar, sem prejuízo para o mesmo.

PO 64

TRATAMENTO DE FERIDAS INFETADAS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: A NOSSA EXPERIÊNCIA

Cláudia Sofia Silva Martins; Ana Filipa Leite;
Ivo Ribeiro; Paulo Ricardo Rodrigues;
Maria Luz Alonso
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é um regime de internamento que permite avaliar

as condições higieno-sanitárias dos doentes em tratamento por uma doença aguda. Quando existe necessidade de tratamento de feridas infetadas podemos avaliar *in loco* se existem fatores referentes ao doente em si ou a condições da sua habitação que contribuem para a cronicidade das mesmas.

Objetivos: Revisão da casuística de doentes internados em HD com levantamento do item "feridas" na Avaliação Inicial de Enfermagem. Foram identificados os tipos de feridas e seleccionadas aquelas cujo diagnóstico principal foi "ferida infetada". Destas foram seleccionadas aquelas em que foi efetuada antibioterapia endovenosa. Identificados casos de reinternamento e qual o motivo. Avaliada existência de causas de predisposição como insuficiência vascular (venosa ou arterial), cumprimento de drenagem postural e habitação com água da rede pública.

Resultados: Foram analisados 1415 dias de atividade na UHD do nosso hospital, com 302 admissões, 159 do sexo masculino e 137 do sexo feminino. A média de idades foi de 71,34 anos e o tempo médio de internamento de 11,42 dias. Foram identificados 91 doentes com feridas à admissão: 20 úlceras venosas infetadas, 20 erisipela, 17 feridas traumáticas, 9 feridas cirúrgicas, úlceras de pressão infetadas 9, úlcera pé diabético 4 e outras 12. Tratamento diferenciado de feridas em 53 doentes. Uso de antibioterapia (AB) endovenosa (ev) em 44 doentes. Destino do tratamento de feridas pós alta HD: centro de saúde 69, consulta externa de pensos hospitalar 19, ECCL 3, Reinternamentos para tratamento de feridas em 6 doentes. Dos doentes com "ferida" nos dados de admissão ao internamento, 48,35% apresentavam ferida infetada com necessidade de tratamento AB ev. A recorrência da infeção das feridas verificou-se em 6 doentes. Identificaram-se como fatores de risco para reinfeção: presença de patologia vascular (sobretudo venosa), o não cumprimento

da drenagem postural e ausência de condições higieno-sanitárias adequadas (higiene corporal e água não da rede pública).

Discussão: O regime de internamento em HD permitiu identificar estes fatores de risco que até então não tinham sido detetados nestes doentes nos internamentos convencionais prévios, nem nas consultas externas.

PO 65

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: 2 ANOS E 8 MESES DE ATIVIDADE

Pedro Azevedo; Cátia Rei; Rui Grande; Joana Malho Rodrigues; Fernando Rolim; Sandra Braz; Ana Margarida Carvalho; Filipa Ribeiro Lucas; Carolina Coelho; Mário Ferreira; Ana Cachopo; Ana Isabel Vicente; Celine Machado; Diana Cavaco; Joana Espírito Santo; Maria João Nascimento; Ricardo Santos; Tiago Farinha; Vânia Marques; Carina Cruz; Cátia Pires; Elsa Neto; Joana Libório; João Batista; Jorge Chumbo; Liliana Sousa; Marta Barbosa; Nuno Morais; Rhaisa Santos; Rita Monteiro; Sérgio Rodrigues; Sérgio Serrão; Sílvia Bernardo; Sofia Casal; Sofia Pinto; Rodrigo Batista; Sandra Martins; Natacha Freire; Natacha Nunes; Mariana Saraiva

Hospital CUF Infante Santo

Introdução: A hospitalização domiciliária implementou-se no sistema de saúde português como um modelo de assistência de nível hospitalar no domicílio. Cumpridos os critérios clínicos, geográficos e sociais, e respeitada a vontade do doente, não há prejuízo do tratamento. Motivado pela experiência prévia, nomeadamente no que toca à satisfação dos doentes e equipas, e reconhecidos os benefícios para o doente e para as instituições, o modelo tem-se expandido.

Objetivo: descrever a atividade assistencial de uma UHD generalista no sistema de saúde português.

Material e métodos: análise retrospectiva dos internamentos domiciliários durante os primeiros 2 anos e 8 meses de atividade.

Resultados: Verificaram-se 461 internamentos, 42,52% do sexo feminino e 76,68 anos de idade média (mínimo 18; máximo 100). A demora média de internamento foi 11,8 dias (mínimo 1; máximo 62) e a maioria dos doentes provieram de consultas domiciliárias (30,15%) e de consultas de urgência (20,39%). 68% tinham algum grau de dependência. Destaque para a complexidade crescente dos doentes admitidos (MEWS médio 1,55; índice de Charlson médio 7,8). O diagnóstico mais frequente foi infecção urinária a microorganismos problema e/ou complicada. 70,5% fizeram terapêutica antimicrobiana domiciliária endovenosa. 18,4% precisaram de oxigenoterapia. A comorbilidade mais frequente foi hipertensão arterial (75%). Registaram-se poucas intercorrências (úlceras de pressão 0,43%, quedas 1,08%, infecções nosocomiais 0%). Em 18 casos (3,9%) houve necessidade de retorno ao hospital por agravamento clínico. Verificaram-se 52 óbitos (11,3%), todos em doentes com complexidade elevada (Charlson médio 12). Na alta o valor médio da escala de Barthel (59,7) foi superior ao valor da admissão (51,1). A maioria dos doentes foi referenciado para consulta de seguimento, encontrando-se bem aos 30 dias após a alta.

Conclusões: Este modelo de internamento tem tido a capacidade de integrar um conjunto vasto de diagnósticos, com elevada satisfação para os doentes e a equipa. Para aumentar o número de referenciarções temos realizado iniciativas de divulgação interna bem sucedidas e uma estreita colaboração com as equipas de urgência e internamento. Os modelos de telemonitorização e digitalização poderão permitir a expansão da capacidade de internamento.

PO 66

REFERENCIAÇÃO DE DOENTES PARA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA A PARTIR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UTILIZAÇÃO DO *FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS* (FMEA)

Pedro Azevedo; Rui Grande; Ana Isabel Vicente; Cátia Rei; Joana Malho Rodrigues; Fernando Rolim; Sandra Braz; Ana Margarida Carvalho; Filipa Ribeiro Lucas; Carolina Coelho; Mário Ferreira; Mariana Saraiva

Hospital CUF Infante Santo

Introdução: A maioria dos sistemas de notificação concentra-se na análise de eventos adversos; isso significa que a lesão já ocorreu antes que qualquer aprendizagem tenha ocorrido. Contudo, existem sistemas que permitem a avaliação proativa de vulnerabilidades antes que ocorram situações de risco, como a *failure mode and effect analysis* (FMEA) que se concentra nos processos e permite o cálculo de um número de prioridade de risco (*risk priority number*, RPN) por meio de uma equação de 3 variáveis, onde cada variável é pontuada de 1 a 10 (gravidade, ocorrência e deteção).

Objetivo: Identificar pontos de falha na referenciarção do serviço de Urgência (SU) para hospitalização domiciliária (HD) e planear ações de melhoria para aumentar a referenciarção.

Método: Aplicou-se a FMEA. Consideraram-se 3 momentos críticos: identificação dos doentes, referenciarção, transferência dos doentes. Foram identificados incidentes significativos que implicam um efeito. Quantificou-se de 1 a 10 a gravidade, a probabilidade de ocorrência e a possibilidade de deteção; o produtos destes 3 fatores resultou no RPN.

Resultados: Dos 8 incidentes analisados (RPN superior a 100, sendo considerados críticos). Foram recomendadas ações para cada incidente, assim como o responsável e a data para a execução. Consideraram-se prioritários para intervenção: Não identificar doentes com críté-

rios clínicos para HD por desconhecimento da possibilidade desta tipologia de internamento (RPN 600); 2 Não aceitação do internamento em HD pelo doente/família por ausência de participação da entidade pagadora (RPN 576); Não verificação dos critérios de inclusão clínicos por desconhecimento dos protocolos clínicos em HD e elevada rotatividade dos médicos nos SU (RPN 480). As ações implementadas deverão ser alvo de reavaliação trimestral, com realização de nova FMEA e nova priorização de disfunções.

Conclusões: Esta análise permite agilizar a referência mais precoce dos doentes para HD, quando o critério clínico se encontra presente, sem prejuízo da segurança do doente. Este modelo de análise tem utilidade na análise das vulnerabilidade e deverá ser enriquecido com o uso de outros modelos de avaliação validados. Desta maneira promove-se a melhoria contínua dos processos e dos serviços tendo como visão primordial a excelência dos cuidados de saúde.

PO 67

AVALIAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Pedro Azevedo; Rui Grande; Ana Isabel Vicente; Cátia Rei; Joana Malho Rodrigues; Fernando Rolim; Sandra Braz; Ana Margarida Carvalho; Filipa Ribeiro Lucas; Carolina Coelho; Mário Ferreira; Mariana Saraiva
Hospital CUF Infante Santo

Introdução: As organizações de Saúde são consideradas uma burocracia profissional, caracterizando-se por uma standardização das qualificações e ajustamento mútuo. O componente-chave é o centro operacional e a tomada de decisão é incremental e emergente, sendo o foco principal a promoção e a manutenção da saúde dos doentes. Fruto dos desenvolvimentos sociais e tecnológicos, as decisões são cada vez mais complexa, aumentando o risco de dis-

funções. Assim, é essencial analisar a cultura organizacional vigente e alinhar com perspetivas futuras, permitindo ajustar os processos relacionados com a gestão de pessoas.

Objetivo: Caracterizar a cultura organizacional vigente e desejada numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Método: Foram analisadas a estrutura organizacional (segundo classificação proposta por Mintzberg), cultura organizacional e modelo de gestão (*Organizational Culture Assessment Instrument*, OCAI - consiste em atribuir 100 pontos entre os 4 valores: clã, adhocracia, mercado e hierarquia). A análise dos resultados foi realizada por cálculo das medidas de tendência central, média, desvio-padrão e distribuição de frequências absolutas e relativas.

Resultados: Os questionários foram aplicados em 6 dos 8 médicos da UHD (idade média 33,5 anos). Na cultura vigente o modelo predominante (33 pontos) foi a cultura de clã, tipicamente amigável e focado nas relações humanas, predominando o consenso e a coesão; seguiu-se da adhocracia (26 pontos), caracterizada por um ambiente de trabalho dinâmico e inovador. Na cultura desejada destacou-se o modelo de clã (50 pontos, com um gap positivo de 17 pontos) e a adhocracia (25 pontos, com um gap negativo de um 1 ponto), refletindo a importância do valor das relações humanas na UHD em análise. É perceptível que a valorização do conhecimento, criatividade, inovação e adaptabilidade está num nível considerado ótimo, desvalorizando-se o ligeiro gap negativo.

Conclusão: A UHD apresenta equilíbrio nos modelos presentes na sua organização. Existe uma maior ponderação para as relações humanas, inovação e conhecimento; e uma menor preocupação no cumprimento de procedimentos e em alcançar resultados e indicadores de produção. Destaca-se a dinâmica da organização e a capacidade adaptativa, sendo uma UHD recente no sistema de saúde.

PO 68

AVALIAÇÃO DA LIDERANÇA DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Pedro Azevedo; Rui Grande; Ana Isabel Vicente; Cátia Rei; Joana Malho Rodrigues; Fernando Rolim; Sandra Braz; Ana Margarida Carvalho; Filipa Ribeiro Lucas; Carolina Coelho; Mário Ferreira; Mariana Saraiva

Hospital CUF Infante Santo

Introdução: O líder e o seu estilos de liderança são condicionantes do sucesso de uma equipa e, consequentemente, de uma organização. A liderança transformacional é considerada, nos dias de hoje, o modelo a adoptar, promovendo a proficiência, adaptabilidade e proatividade.

Objetivo: Caracterizar a liderança de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Método: Aplicação do *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) e do *Leader-Member Exchange* (LMX). Os questionário foram realizados a 6 dos 8 médicos da UHD.

Resultados: Da análise do OCAI conclui-se que na cultura vigente o líder é prececionado como uma pessoa equilibrada, sendo considerado como um facilitador, contribuindo para o bem-estar da organização (cultura clã, 31.7 pontos); em segundo lugar, destaca-se a visão do líder como empreendedor (adhocracia, 29.2 pontos); por fim, encontra-se a hierarquia (20 pontos) e a cultura de mercado (19 pontos), traduzindo uma visão em que o líder é visto como um coordenador rigoroso com apetência para a gestão contínua de eficiência e orientado para resultados. Na cultura desejada constata-se um gap positivo de aproximação 11.7 pontos na cultura clã, retratando uma ambição dos elementos da equipa num líder ainda mais focado nos valores humanos. Por fim, a cultura hierárquica apresenta um gap negativo de 10 pontos, e a cultura de mercado e a adhocracia apresentam um gap negativo de 5,84 pontos - isto traduz o desejo de ter um líder menos preocupado com a estrutura organizacional, menos focado nos objecti-

vos e na busca de novos desafios.

O LMX permite avaliar a relação entre o líder e os profissionais, sendo que existe uma boa relação e confiança recíproca entre o diretor e 5 dos 6 elementos. Apenas 1 dos elementos estava no *outgroup*.

Conclusões: Na UHD em análise o líder é considerado como tendo um bom foco na coordenação relacional. A maioria dos profissionais pertencem ao círculo próximo do líder (*ingroup*) e com isso beneficiam tendencialmente de uma maior influência e acesso a projetos mais desafiadores; reciprocamente concedem ao líder maior compromisso com o trabalho e confiança quando comparados com aqueles que se encontram no *outgroup*. Este tipo de relações é proveitosa no seio da UHD, uma vez que está relacionada com um menor risco de rotação voluntária da equipa e com maior compromisso organizacional.

PO 69

IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NO DESEMPENHO DO PAPEL DO CUIDADOR

Ana Catarina Lourenço

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) representa um contexto de prestação de cuidados em que se consegue ver a pessoa numa perspectiva holística, com enfoque particular no seu ambiente familiar. Neste contexto, e particularmente na pessoa com algum grau de dependência o papel do cuidador é de extrema importância quer no decorrer do internamento em HD, quer no seu empoderamento para potenciar o seu desempenho.

Na análise da prática clínica dos enfermeiros em UHD percebemos que o trabalho desempenhado no âmbito da literacia e capacitação do cuidador são uma preocupação constante. Este trabalho inicia-se na avaliação dos critérios de admissão da pessoa com dependência com a

determinação do potencial do cuidador para o desempenho do papel quer nas atividades habituais, quer nas exigências da doença aguda do familiar.

O papel da equipa de HD neste empoderamento do cuidador passa pelo desenvolvimento do conhecimento e capacitação do mesmo para a vigilância, gestão do regime terapêutico, prevenção de maceração, quedas e úlceras de pressão.

Objetivos: Apresentar ganhos em conhecimentos e capacidades do cuidador trabalhados ao longo do internamento da pessoa dependente em UHD nos focos: vigilância, gestão do regime terapêutico, maceração, queda e úlcera de pressão.

Métodos: Análise de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, calculados com recurso a uma plataforma de cálculo de indicadores obtidos a partir da documentação realizada pelos enfermeiros.

Conclusões: A HD é um meio privilegiado para contribuir para uma melhoria do papel de cuidador, uma vez que se verificou uma taxa de aquisição de ganhos em conhecimentos do mesmo de: 85.22% na vigilância da situação de saúde, 79.01% na gestão do regime terapêutico, 87.30% na prevenção de maceração, 85.94% na prevenção de quedas e 77.47% na prevenção de úlcera de pressão. Identificam-se como fatores facilitadores deste empoderamento a melhoria da comunicação cuidador-profissional de saúde, o facto de decorrerem no ambiente do doente, o esclarecimento faseado de dúvidas, a oportunidade para vários “treinos” ao longo do internamento (comparativamente com o internamento convencional).

Organização



Comissão Organizadora

Catarina Lucas
Conceição Escarigo
Daniela Mendes
Francisca Delerue
Josiana Duarte
Marta Monteiro
Olga Gonçalves
Paula Lopes
Pedro Correia Azevedo
Sofia Ribeiro
Vitória Cunha

Major Sponsor



Gold Sponsor

Baxter

Sponsors



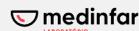
GILEAD

icumedical
human connections



mc medical
a werfen company

Apoios



VitalAire

Secretariado

admédic⁺

sofia.gomes@admedic.pt
paula.cordeiro@admedic.pt