

# Congresso Nacional Hospitalização Domiciliária

Mais um ano e continuamos a crescer, em 2023 foram tratados em HD 10.037 doentes, mais 12,3% que no ano anterior, com capacidade diária de 352 doentes (aumento de 4,1%), com uma demora média de 9,7 dias, foram retirados 97.513 dias de internamento dos hospitais convensionais. Podemos assim dizer que o "nosso" hospital sem muros continua a crescer.

O internamento em HD é um período de excelência para a reconciliação terapêutica, adaptado ao ambiente do doente e aos hábitos do mesmo, bem como a possibilidade de realizar literacia em saúde, dando conhecimento ao doente das suas doenças e como as controlar o melhor possível.

A uniformização e a normalização dos modelos e dos cuidados prestados são uma preocupação. Precisamos de formar, acompanhar e avaliar. O NEHospDom surge com este objetivo e, também, como uma plataforma de facilitação à partilha de experiências e de produção de ciência. Importa assim fazermos um trabalho contínuo e conjunto.

Daí a importância deste 4º Congresso, sejam bem-vindos.

Man kunden Delieur

Francisca Delerue

Presidente do 4º Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária





### Sexta-feira | 28 de junho 2024

08:15h Abertura do Secretariado do Workshop

08:45-13:00h Workshop de acessos vasculares avançados

Demonstração de inserçãode Midlines/PICC Treino de ecografia vascular

Treino de venopunção ecoguiada

Treino de manutenção dos dispositivos





13:00h Abertura do Secretariado do Congresso

14:00-15:00h Apresentação de Posters

Moderadoras: Paula Lopes (ULSA) e Marta Monteiro (ULSGE)

POA 01 HD SIGNAL – Plataforma inteligente de sinalização de doentes

à hospitalização domiciliária

Lídia Rodrigues

POA 02 Transfusão de hemoderivados em UHD: Utopia ou realidade?

Fernando Palhim

POA 03 A nefrologia e a hospitalização domiciliária – Uma experiência de 3 anos

Pedro Pereira da Silva

POA 04 O impacto da criação dum protocolo entre a hospital e as ERPI

Maxim Jitari

POA 05 Das barreiras aos facilitadores de um processo de certificação

de uma UHD

Nino Coelho

POA 06 Endocardite infeciosa: Experiência de uma unidade

de hospitalização domiciliária?

Raquel Barreira (Continua)

(Continuação)

POA 07 Supervisão clínica de cuidadores em HD com base no modelo de aliança de supervisão de PROCTOR

Carlos Pires

POA 08 Contributo de um plano de reabilitação no domicilio na pessoa

alectuada: Estudo de caso

Sílvia Santos

POA 09 Internamento em hospitalização domiciliária sem entrada

no hospital, a realidade de uma unidade

Marta Fonseca

POA 10 O olhar do doente sobre os cateteres PICC e MIDLINE

Gilberto Martins

15:00-16:00h

Mesa-Redonda 1

Novos modelos de gestão em Hospitalização Domiciliária:

**ULS** e outras realidades

Moderadores: Pedro Azevedo (CUF) e Lídia Rodrigues (ULSTS) Palestrantes: Vanessa Ribeiro (ACSS), Paula Brito e Silva (CUF)

e Xavier Barreto (APAH)

16:00-16:30h Sessão de Abertura

16:30-17:00h Pausa

17:00-18:00h

Mesa-Redonda 2

Perfil do doente com insuficiência cardíaca em Hospitalização Domiciliária

Moderadores: Catarina Pereira (ULSGE) e Miguel Santos (ULSSJ) Palestrantes: Joana Neves (ULSRA), Laura Pereira (ULSSM)

e Raguel Barreira (ULSGE)

Controle de fatores de risco cardiovasculares/Literacia em Hospitalização

Domiciliária

Vitória Cunha (ULSAS)

18:00-18:30h

### Mesa-Redonda 3



Telemonitorização na Hospitalização Domiciliária

Moderador: Jaime Ribeiro (Linde Saúde)

A experiência da ULS Santo António

Sofia Ribeiro (ULSSJ) e Marina Delgado (ULSSA)

A experiência do Hospital Dr. Nélio Mendonca – SESARAM

Luz Brazão (HNM) e Cátia Figueira (HNM)

18:30h

Welcome reception | Claustros da Câmara Municipal de Guimarães



### Sábado | 29 de junho 2024



Abertura do Secretariado 08.30h

09:00-10:00h Apresentação de Comunicações orais

Moderadoras: Carmen Valdivieso (ULSNE) e Márcia Ribeiro (ULSBE)

CO 01 Programa de melhoria continua – Prevenção de complicações

associadas aos acessos vasculares

Alexandra Ferreira

CO 02 Mapa estratégico para um centro de responsabilidade integrada

de hospitalização domiciliária

Ireneia Lino

CO 03 Eficiência e segurança da hospitalização domiciliária:

Fatores de readmissão hospitalar

Mónica Alexandre

CO 04 Um retrato da enfermagem de reabilitação numa unidade de hospitalização domiciliária

Maurício Botelho

CO 05 Orgânica funcional de uma unidade médica de insuficiência cardíaca ambulatória: Projeto a replicar

Tatiana Rodrigues

CO 06 Uso prolongado de piperacilina/tazobactam: Efeitos adversos observados e fatores de risco

Sérgio Madureira

CO 07 O papel da hospitalização domiciliária na integração de cuidados Ireneia Lino

CO 08 A importancia da equipa multi e interdisciplinar no contexto da hospitalização domiciliária

Liliana Santos

CO 09 Impacto económico do internamento numa unidade de hospitalização domiciliária

Nuno Bernardino Vieira

CO 10 Doentes institucionalizados numa unidade de hospitalização domiciliária de um hospital distrital

Paula Catarina Pires Martins das Neves

10:00-10:30h Mesa-Redonda 4

Arexvy – A importância da vacinação contra o VSR nos adultos

com + de 60 anos

Moderador: Pedro Azevedo (CUF)

Palestrante: Gonçalo Sarmento e Costa (ULS EDV)

10:30-11:00h Pausa

11:00-12:00h Mesa-Redonda 5

Inovação em Hospitalização Domiciliária

Moderadores: Lindora Pires (ULSTS) e Fernando Palhim (ULSAS)

Transfusões sanguíneas

Experiência da UHD Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Luísa Guimarães (ULSPVVC)

Consenso Nacional

Equipas de acessos vasculares avançados

Experiência da UHD Guimarães

Catarina Martins (ULSAA)

12:00-13:00h Mesa-Redonda 6

Cuidadores: Quem são? Quem serão? Moderadora: Mónica Alexandre (ULSGE) Palestrantes: Ana Paula Gil (FCSH NOVA)

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:30h Mesa-Redonda 7

Perfil do doente paliativo em Hospitalização Domiciliária

Moderadores: Hugo Oliveira (ULSM) e Rui Grande (CUF)

UHD com paliativista Mufulama Cadete (ULSAS)

UHD com apoio da EIHSCP

Diana Rocha (ULSSA) e Manuela Bertão (ULSSA)

UHD com apoio da equipa da comunidade Rubina Silva (ULSPWC)

15:30-16:30h Mesa-Redonda 8

Diferenciação em Hospitalização Domiciliária: Qual a melhor solução?

Moderadores: Olga Gonçalves (ULSGE) e Nino Coelho (ULSRA)

Resultados e análise de inquérito

Cristina Cunha (ULSAA) e Sofia Ribeiro (ULSSJ)

Realidade de Espanha

Manuel Miron (Presidente da Sociedad Española de Hospitalización à Domicílio)

16:30h Sessão de Encerramento

# Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

### **Comunicações Orais**

### CO 01

## PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUA - PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AOS ACESSOS VASCULARES

Alexandra Ferreira; Ludmila Pierdevara; Humberto Ferreira; Amélia Gracias Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Em Portugal a taxa de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico (CVP) é de 25,1% por infiltração e 68,9% por flebite.

Por outro lado mais de 69%, dos CVP falham antes do final de tratamento. Por dia em 2021, verifica-se cerca de 2,740,000 de CVP inseridos, o que equivale a 680,400 tentativas falhadas, sendo sensivelmente 8 tentativas falhadas por segundo.

Integrada no programa melhoria continua realizou-se uma pesquisa observacional sobre a utilização de acessos vasculares (CVP e CVC) numa unidade de hospitalização domiciliária (UHD) entre 7 de Abril 2023 e 23/07/23. Obteve-se uma amostra por conveniência de 74 utentes, sendo que 33 foram de sexo masculino e 41 feminino, com média de idade de 69,9 anos. Neste espaço temporal foram canalizados 242 acessos venosos periféricos após 317 tentativas. Destes 242, apenas em 39 casos, a punção venosa foi realizada conforme as recomendações da norma da punção venosa vigente na instituição, de 96 em 96 horas, ou

seja, nas restantes situações (203) os acessos vasculares foram substituídos entre 1 e 3 dias, sendo os 2 dias o mais prevalente. As causas subjacentes estiveram relacionadas com as flebites, infiltração ou queixas álgicas no local da punção com necessidade de outro local para a cateterização periférica. Já para colheitas de sangue foram realizadas 57 punções, após 72 tentativas.

No que diz respeito ao consumo de material de consumo clínico, foram utilizados 317 *kits* para colocar o acesso vascular periférico e 72 *kits* para colheita de sangue.

Ora, tendo em conta que em 74 utentes foram realizadas 317 tentativas para colocar CVP, poderemos ter um cenário de mais de 850 cateterizações periféricas nos 201 utentes internados, em 2022. Não sendo, porém, contabilizado as punções e tentativas para colheita de sanque e os utentes complexos, que apresentaram situações de fragilidade/imunossupressão e desnutrição, uma média de 22 dias de internamento. Igualmente e, mais uma vez relembrar que aliado a estes procedimentos é importante ter em linha de conta o impacto no utente, nos profissionais e na instituição (custo/eficiência). No decorrer da proposta do PCV, elaborou-se um PMC no âmbito da Prevenção de complicações associadas aos acessos vasculares periféricos

Como objetivos definiu-se: Diminuir os eventos

adversos associados ao acesso vascular periférico (AVP); Formação da equipa; Realização de norma hospitalar- inserção de acessos vasculares centrais por inserção periférica; Representar uma equipa custo/eficiência associada à sustentabilidade organizacional.

Delineou-se indicadores de qualidade como os indicadores epidemiológicos, estrutura, processo e resultado, nomeadamente a taxa de utentes com bacteriemia associado ao AVP; Taxa de utentes com trombose local associado ao acesso vascular central por inserção periférica; taxa de efetividade na prevenção de complicações associadas à manutenção dos acessos vasculares.

### CO 02

### MAPA ESTRATÉGICO PARA UM CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ireneia Lino

Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Ao longo dos anos, tem ocorrido uma mudança crescente no funcionamento das organizações da área da saúde em diversos níveis, como o tecnológico, cultural, social e económico. Essa mudança resultou em um ambiente mais complexo e competitivo, exigindo respostas mais rápidas e eficazes para superar os desafios emergentes. Nesse contexto, os gestores reconheceram a necessidade de utilizar ferramentas que permitam avaliar o desempenho organizacional. Os instrumentos de controlo de gestão tornaram-se indispensáveis nas organizações, desempenhando um papel crucial no sucesso e na melhoria contínua. O mapa estratégico é uma ferramenta de gestão estratégica que, por um lado, facilita a avaliação de desempenho organizacional, mas também garante o alinhamento entre o centro de responsabilidade integrada (CRI) e o conselho de administração da organização.

Neste trabalho, foram identificados os *stakeholders* e as necessidades, expectativas e

prioridades de cada stakeholder em relação ao CRI de hospitalização domiciliária e ao seu desempenho. Com base na análise swot realizada e a identificação dos stakeholders e as suas necessidades foram definidas as perspetivas de desempenho para o plano estratégico. Foram tidas em conta as quatro perspectivas clássicas de Kaplan e Norton (1992): clientes, financeira, processos internos e aprendizagem e desenvolvimento organizacional. O mapa estratégico permite a visualização da estratégia do CRI através da identificação dos seus principais objetivos estratégicos e das suas interligações. A elaboração de um mapa estratégico envolve uma cuidadosa reflexão sobre a visão, a missão e os valores do CRI de hospitalização domiciliária e da organização, bem como a definição de objetivos estratégicos claros e mensuráveis. Além disso, identificou-se a importância de considerar fatores internos e externos como a análises swot e as expectativas dos stakeholders ao desenvolver um mapa estratégico abrangente e robusto. Esses instrumentos são essenciais para o sucesso das estruturas descentralizadas e, por conseguinte, para a sustentabilidade da própria organização, pois possibilitam a tomada de decisões com base em informações estratégicas e o acompanhamento da execução da estratégia definida

### CO 03

### EFICIÊNCIA E SEGURANÇA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: FATORES DE READMISSÃO HOSPITALAR

Mónica Alexandre; Olga Gonçalves; Marco Peixoto; Albina Moreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) é uma modalidade de prestação de cuidados de proximidade em expansão, constituindo as-

é uma modalidade de prestação de cuidados de proximidade em expansão, constituindo assim alternativa eficaz e segura ao internamento convencional. Apesar de critérios de inclusão e exclusão bem estabelecidos, ocorrem readmissões dos doentes no hospital.

**Objetivo:** Caracterização demográfica, clínica e social dos doentes readmitidos em enfermaria hospitalar.

Material e métodos: análise descritiva e retrospetiva dos retornos ao hospital entre Março 2018 e Dezembro 2023 numa Unidade HD (UHD).

Resultados: Dos 2253 doentes internados na UHD, 155 foram readmitidos no hospital, sendo 88% de forma não programada e 12% de forma programada. A maioria dos doentes (66%) era oriunda do internamento, 19% da urgência e 15% da consulta externa. Do total, 57% eram do género masculino, com uma média de idade de 73 anos. Na maioria o cuidador principal era um familiar (95%) e coabitante (83%). Os principais motivos de internamento na UHD incluíram doença infeciosa aguda (71%), descompensação de doença crónica e patologia cirúrgica (19%). O período de internamento variou de 1 a 120 dias, com uma mediana de 7 dias. O principal motivo de retorno não programado foi clínico (86%) e o de esfera social ocorreu em 14% dos casos. Nos motivos clínicos, destacam-se intercorrências de novo (41%) e agravamento do quadro clínico inicial (57%). A exaustão do cuidador foi o motivo social dominante (68%). Durante o reinternamento convencional, 19% dos doentes faleceram e apenas 23% regressaram à UHD.

Conclusão: O retorno para o internamento convencional é pouco frequente. Mas é imperioso reconhecer esta realidade e tentar minimizá-la, através da monitorização clínica e social minuciosas, para antever agravamento clínico e/ou alteração das condições sociais. Realizámos caracterização demográfica, clínica e social deste grupo de doentes como forma de equacionar indicadores que minimizem os retornos ao hospital, tornando a HD ainda mais segura e eficiente.

### CO 04

### um retrato da enfermagem de reabilitação numa unidade de hospitalização domiciliária

Maurício Botelho; Tatiana Rodrigues; Nino Coelho Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A reabilitação domiciliária teve sempre o propósito de prestar cuidados diferenciados de excelência para contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde dos utentes internados em hospitalização domiciliária, visando a obtenção de ganhos em saúde.

**Objetivo:** Analisar o cuidado dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) e os ganhos em saúde no ano de 2023 numa unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

**Metodologia:** Pesquisa quantitativa não experimental, longitudinal. Análise retrospetiva dos doentes alvo de cuidado de EEER em 2023. Os dados foram colhidos através da consulta do Sclínico.

Resultados: No ano de 2023 a UHD contabilizou um total de 427 doentes com alta clínica. Destes, 47.6% (P = 203) tiveram acesso aos cuidados de EEER. Estes cuidados especializados refletiram-se num total de 502 visitas, com uma média de 45 minutos de tempo de visita e de 20 minutos de tempo de deslocação. Quanto aos focos de atuação dos EEER, 79% (P = 160) destes doentes tinham o foco da ventilação comprometida e destes 33% (p = 52) também tinham o foco da limpeza das vias aéreas comprometida e 43% (p = 68) o foco da tosse comprometida. O foco do movimento muscular esteve presente em 32% (p = 65) dos doentes e destes 69% (p = 45) também tinham ou andar, ou andar com auxiliar de marcha ou equilíbrio corporal comprometido. Estiveram sempre associados os potenciais para melhorar os conhecimentos desses focos apresentados bem como e os potenciais para melhorar as capacidades dos mesmos, não descurando os conhecimentos e capacidades do familiar/cuidador. Em termos de ganhos em saúde, 91% dos doentes e/ou familiar cuidador com potencial para melhorar as suas capacidades e conhecimentos verificando assim uma melhoria da qualidade de vida, diminuição de limitações para a atividade, aumento da capacidade para o exercício, aumento da capacidade de autocontrolo da doença. O índice de satisfação destes cuidados superou a espectativa da equipa (100%).

Conclusão: A literatura sustenta que as intervenções do EEER melhoram a sintomatologia respiratória, diminui a limitação para a atividade física, maximiza a capacidade para o exercício físico, melhora a qualidade de vida e diminui a demora média dos internamentos. Neste contexto é essência maximizar estes programas aos doentes internados em HD.

### CO 05

### ORGÂNICA FUNCIONAL DE UMA UNIDADE MÉDICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AMBULATÓRIA: PROJETO A REPLICAR

Tatiana Rodrigues; Diogo Reis; Maurício Botelho; Nino Coelho; Susana Cavadas; Joana Neves Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome comum e complexa com um impacto muito significativo na qualidade de vida não só do doente como dos seus cuidadores. Estimativas apontam para cerca de 400 mil pessoas em Portugal continental, A IC foi reportada como a terceira causa mais comum de hospitalização no nosso país, e uma em cada cinco pessoas internadas com este diagnóstico é readmitida pelo menos uma vez no período de um ano após a alta.

A UMICA pretende aproximar os cuidados de saúde hospitalares ao doente, colocando-o no

centro da atividade assistencial. Neste sentido, será uma resposta humanizadora à comunidade, sendo os recursos humanos partilhados com a unidade de hospitalização domiciliária (UHD). Esta parceria irá permitir uma gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos criando--se valor para o doente e familiares cuidadores. Objetivo: Descrever a orgânica funcional de uma UMICA e a sua carteira de serviços.

Metodologia: criação e desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua para a implementação de uma UMICA.

Resultados/Discussão: A UMICA funcionara. duas vezes por semana, no local das consultas externas, com um ficheiro de doentes partilhado pelos médicos a realizar consulta nesse dia. Tem um terceiro dia para hospital de dia. Ao nível de recursos humanos será constituída por médicos internistas diferenciados em IC e por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) que são partilhados com a UHD. Podem ser encaminhados para a UMICA todos os doentes provenientes dos CSP ou de outra consulta externa, provenientes do serviço de internamento ou da UHD e do serviço de Urgência (SU), que cumpram os critérios de inclusão.

No caso dos doentes provenientes do internamento é realizado, no momento da alta, um pedido de avaliação pela UMICA, que entra em contacto com o doente nas 48-72 horas seguintes, no caso dos doentes de alto risco. Para todos os doentes preconiza-se avaliação em consulta precoce pós-alta aos 7-10 dias, cumprindo assim os tempos recomendados para reavaliação destes doentes, com evidência na redução de reinternamentos e mortalidade. Posteriormente o doente será avaliado em consulta 1 mês após alta e, se estabilidade clínica, aos 3, 6, 9 e 12 meses. Será efetuada uma teleconsulta de enfermagem ao 2º mês pós-alta para garantir a ausência de sinais de alarme e o cumprimento terapêutico. No caso de notadas alterações ou sinais de alarme em consulta telefónica realizada pelo Enfermeiro, será transmitida a informação à restante equipa para atuação em conformidade.

Conclusão: com a implementação deste projeto é possível uma abordagem ao doente com IC à luz das recomendações europeias e assim diminuir o número de recorrências ao SU e subsequentes internamentos hospitalares. A pessoa tem acesso facilitado aos cuidados de saúde diferenciados, com vias de comunicação simplificadas, melhorando a qualidade de vida da pessoa com IC e dos seus familiares cuidadores.

### CO 06

### USO PROLONGADO DE PIPERACILINA/ TAZOBACTAM: EFEITOS ADVERSOS OBSERVADOS E FATORES DE RISCO

Sérgio Madureira; Rita Gouveia; Rui Ribeiro; Helena Moreira; Inês Ferreira; Gonçalo Rocha; Patrícia Lourenço; António Oliveira e Silva Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** A exposição prolongada a *piperacilina-tazobacta*m (PTZ) associa-se a reações adversas pouco reconhecidas e de gravidade variável. Pretendemos reportar a frequência de efeitos adversos encontrada em doentes submetidos a tratamento prolongado com PTZ e identificar fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Métodos e resultados: Estudo retrospetivo, baseado em registos clínicos de doentes internados em unidade de hospitalização domiciliária entre Janeiro/2019 e Dezembro/2023 que tenham cumprido pelo menos 10 dias de terapêutica com PTZ. O objetivo primário foi o desenvolvimento de toxicidade farmacológica. Os determinantes de toxicidade medicamentosa foram analisados por regressão logística binária. Modelos multivariados foram desenvolvidos tendo em conta possíveis confundidores. Foram analisados 134 doentes, 60,4% do sexo masculino, idade média de 67 anos, tempo de

exposição mediano a PTZ de 14 dias (10-86). Observou-se pelo menos um efeito adverso em 30,6% (n = 41), os mais frequentes foram hepatotoxicidade (13,4%); toxicidade medular (10,4%); eosinofilia (6,7%) e febre (6%). Em 6,7% foi reportada mais do que uma toxicidade. A suspensão precoce do fármaco ocorreu em 6.7% dos doentes (n = 9). Os doentes que desenvolveram toxicidade eram mais jovens, apresentavam major índice KATZ, menor índice de comorbilidades de Charlson, tinham mais frequentemente história de doença hepática crónica (DHC), exposição mais prolongada a PTZ e contagens basais de neutrófilos e eosinófilos mais baixas. Destas, as únicas variáveis que se associaram de forma independente ao desenvolvimento de toxicidade medicamentosa foram o tempo de exposição e a história de DHC OR de toxicidade em doentes com > 21 dias de tratamento foi de 4.66 (1.85 - 11.77), p = 0,001 e doentes com DHC prévia apresentaram OR = 13.33 (1.35 - 134.00), p = 0.03.

**Conclusão:** O uso prolongado de PTZ associou-se a uma frequência de 31% de efeitos adversos. A duração de tratamento superior a 21 dias e a história de DHC constituíram preditores independentes de toxicidade medicamentosa. Poderá ser importante uma monitorização regular do hemograma e provas hepáticas em doentes submetidos a tratamento prolongado com este fármaço.

### CO 07

### O PAPEL DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Ireneia Lino

Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A hospitalização domiciliária desempenha um papel fundamental na promoção da continuidade dos cuidados ao oferecer uma alternativa viável à hospitalização tradicional.

O objetivo deste trabalho é explorar como a

hospitalização domiciliária pode facilitar uma transição suave e eficaz entre diferentes níveis de cuidados, garantindo uma gestão holística e centrada no doente e nas suas necessidades de saúde. Serão examinadas as estratégias e práticas que promovem a colaboração entre os diversos prestadores de cuidados de saúde e serviços, visando otimizar os resultados clínicos, reduzir readmissões hospitalares e melhorar a experiência do doente.

Da experiência, verificada nesta UHD no último triénio, 2021-23, em relação à admissão, verificou-se um aumento progressivo na admissão dos doentes a partir da urgência e por admissão direta, promovendo uma substituição completa do internamento convencional. Em relação às altas, após a alta hospitalar, cerca de 64.06% dos doentes ficaram referenciados para uma consulta hospitalar e destes cerca de 60% ficaram com referenciados à consulta de seguimento da HD. O seguimento de proximidade com consulta após internamento foi identificado como um dos fatores de satisfação dos doentes. Foi determinante na continuidade do sequimento e estudo dos doentes com melhor outcame e uma redução do tempo de internamento. Para os médicos assistentes foram referenciados 23.32% de doentes, todos com uma nota de alta descritiva e com um plano final claro e objetivo. Um dos fatores determinantes do sucesso dessa referenciação prende-se com o estreitamento da comunicação entre equipas com contatos individualizados em casos identificados e visitas conjuntas para transmissão da informacão. Ao longo do tempo, verificou-se também um aumento progressivo do encaminhamento para a RNCCI, sobretudo para ECCI que perfaz 3.36% das altas da UHD. A alta destes doentes. é planificada em conjunto entre as equipas com uma visita conjunta para transmissão presencial da informação e transição de cuidados.

Em resumo, a hospitalização domiciliária de-

sempenha um papel essencial na promoção da integração de cuidados ao oferecer uma abordagem flexível, centrada no doente e colaborativa para a prestação de serviços de saúde. Ao fazer a comunicação entre o internamento convencional, os cuidados hospitalares e a rede de cuidados continuados, ela fortalece a continuidade dos cuidados e promove uma experiência de cuidados mais holística e eficaz para os doentes e as suas famílias.

### 0008

### A IMPORTANCIA DA EQUIPA MULTI E INTERDISCIPLINAR NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Carla Santos; Liliana Santos; Helder Martins; Catarina Lopes; Ricardo Miranda; Ana Amorim; Margarida Alvelos; Luis Pacheco *Hospital CUF Porto* 

Este estudo demonstra a importância de uma equipa multidisciplinar no contexto da hospitalização domiciliária (HD), um modelo de assistência que proporciona cuidados hospitalares no domicílio dos clientes. Comprovadamente eficaz na melhoria da qualidade de vida e na redução de custos hospitalares, a HD exige uma atuação coordenada de diversos profissionais de saúde. Através de um estudo de caso envolvendo uma cliente com espondilodiscite e múltiplas comorbilidades, foram analisadas as intervenções de diferentes especialidades, desde desbridamento cirúrgico e nutrição até cuidados às feridas e reabilitação motora, incluindo a avaliação de saúde mental. A coordenação contínua e a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar foram cruciais para uma adaptação personalizada do plano de cuidados, resultando em ganhos significativos para a saúde da cliente, evolução clínica positiva e maior capacitação na nova condição de dependência. Este caso reforça a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para proporcionar cuidados de alta qualidade centrados na cliente.

**Palavras-chave:** Hospitalização domiciliária, equipa multidisciplinar, espondilodiscite, cuidados de saúde.

### CO 09

### IMPACTO ECONÓMICO DO INTERNAMENTO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Nuno Bernardino Vieira; Ludmila Pierdevara; Alexandra Ferreira *Hospital de Portimão* 

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) assume-se hoje como uma modalidade de internamento eficiente e de elevada sustentabilidade para o sistema de saúde, aliada ao elevado grau de satisfação para utentes, familiares e profissionais de saúde. Pretende-se com este estudo caracterizar os utentes internados em HD ao longo do ano, avaliar os custos associados a este internamento e qual o impacto verificado em relação ao internamento hospitalar convencional.

Material e métodos: Estudo observacional de coorte, com colheita de dados retrospetiva. Incluíram-se os utentes com alta de uma unidade de HD ao longo do ano de 2023. Foram analisados dados demográficos, de resultado do internamento e de custos associados à HD, tendo como fonte a demonstração de resultados financeiros da instituição.

Resultados: Foram incluídos no estudo um total de 325 doentes. Verificou-se uma mortalidade de 2.3%, uma demora média de internamento de 10,2 dias e uma taxa de ocupação média de 92.9%. O custo global médio por doente com alta da UHD foi de 831,2€, que corresponde a um custo médio de 81,8€ por dia de internamento. Tendo em conta o contrato programa de 2023, registou-se um lucro médio de 1838,8€ por doente com alta, que correspondeu no final do ano a um saldo positivo de 597.610€. As-

sinala-se ainda que o custo médio por dia de internamento convencional de Medicina Interna foi 84.3% superior e o de Cirurgia Geral foi 305,1% superior ao da UHD.

**Conclusões:** Para além dos benefícios clínicos e do elevado grau de satisfação associado ao internamento em hospitalização domiciliária, demonstra-se o vantajoso impacto económico desta modalidade de internamento. Nesta unidade, a atividade assistencial da HD representou um proveito de cerca de 600.000 euros para a organização no ano de 2023.

### CO 10

### DOENTES INSTITUCIONALIZADOS NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Paula Catarina Pires Martins das Neves; Bárbara Saraiva

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

Introdução: os indicadores demográficos mostram-nos que Portugal segue a tendência dos países ditos desenvolvidos, ou seja, os portuqueses vivem cada vez mais anos. No entanto, na maioria dos casos, verificamos que, inversamente ao aumento da esperança média de vida, a autonomia vai-se perdendo ao longo dos tempos. Estando a nossa Unidade localizada num ambiente maioritariamente rural, assistimos ao aumento crescente de doentes institucionalizados com grau variável de dependência. Neste sentido, a possibilidade de admissão destes doentes na instituição representa uma mais valia para os mesmos. Com este trabalho os autores pretendem apresentar os dados da população institucionalizada admitida numa unidade de hospitalização domiciliária de um hospital distrital nos últimos três anos de atividade.

**Resumo:** Durante este período foram internados 68 doentes distribuídos por 14 instituições residenciais para pessoas idosas. Destes, 42

doentes eram do sexo feminino e a idade média foi de 85.31anos. A quase totalidade dos doentes (64 doentes) apresentavam algum grau de dependência prévio ao internamento. Quarenta doentes foram internados por patologia infecciosa aguda com conseguente descompensacão de doença crónica prévia. A duração média do internamento foi de 11.11 dias. A maioria dos doentes (47 doentes) foi proveniente do servico de Urgência, 10 doentes eram provenientes do Internamento e 11 doentes foram admitidos a partir da consulta externa. A permanência média em ambiente hospitalar prévia ao internamento foi de 3.21 dias, no entanto, os doentes provenientes do internamento apresentavam uma média de permanência de 9.8 dias. Do total de doentes admitidos, dois doentes faleceram durante o internamento, 15 doentes tiveram necessidade de regressar à unidade hospitalar e os restantes tiveram alta orientados para Consulta Externa (19 doentes) ou para o médico assistente da instituição (32 doentes). **Conclusão:** com este trabalho os autores pretendem salientar a importância da colaboração entre equipas de hospitalização domiciliária e as instituições da região de modo a desenvolver protocolos e meios de actuação na melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.



# Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

### Posters com apresentação

### **POA 01**

### HD *SIGNAL* – PLATAFORMA INTELIGENTE DE SINALIZAÇÃO DE DOENTES À HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Nuno Pinho; Lidia Rodrigues Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: HD SignaL é uma plataforma inteligente de sinalização de doentes à hospitalização domiciliária, em desenvolvimento pelos profissionais da unidade hospitalização domiciliaria (HD) e dos sistemas de informação de uma Unidade Local Saúde, conjuntamente com o departamento de engenharia de uma universidade do norte do país. Esta recorre a modelos de inteligência artificial (IA), desenvolvidos através de algoritmos baseados em códigos ICD10 e distância geográfica até 30 minutos, implementados com recurso a técnicas de machine learning que automaticamente sinaliza e apresenta os doentes através de um dashboard à HD.

**Objetivo:** Apresentar os resultados preliminares obtidos através da plataforma e demonstrar a eficiência consequida.

**Métodos:** Análise exploratória dos primeiros 4 meses, entre 15 de janeiro a 15 de maio de 2024. **Resultados:** No período em análise a *Query* leu 2817 doentes, dos quais 568 (20,16%) foram elegíveis por cumprirem critérios definidos. Destes, foram recusados 507 (89,26%) doentes: 378 (74,55%) por critério clínico; 55

(10,84%) por critérios sociais; 51 (10,05%) por transferência para camas contratualizadas no exterior; 17 (3,35%) por critérios geográficos por segunda morada; 7 (1,38%) recusa doente. Foram internados 61 (10,74%), correspondente a 44,20% dos doentes internados em HD no período. Em média, diariamente foram avaliados pela plataforma 23,3 doentes, com tempo médio de seleção pelo profissional para posterior avaliação de 22 minutos.

**Conclusão:** Com o recurso à plataforma, conseguimos já demonstrar melhorias no acesso, assim como, eficiência tecnológica e eficiência técnica. Para futuro, pretendemos continuar a desenvolver esta solução, perscrutando e integrando novos diagnósticos e novas variáveis no modelo.

### P0A 02

### TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS EM UHD: UTOPIA OU REALIDADE?

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

**Introdução:** A hospitalização domiciliária (HD) caracteriza-se por prestar cuidados de excelência aos utentes dada a proximidade da equipa,

ternamento e maior conforto pela permanência no domicílio. Todos estes aspetos contribuem para elevada taxa de satisfação dos utentes hospitalizados neste regime de internamento. Sendo um internamento de nível hospitalar que integra doentes cada vez mais complexos, é frequente serem necessários procedimentos como é o caso da transfusão de hemoderivados. Este é um procedimento que ainda não está implementado na maioria das HD em Portugal dada a grande lacuna relativamente à segurança em casa e questões legais do transporte dos produtos. A deslocação do doente ao hospital para administração de hemoderivados condiciona o conforto da pessoa, pelo que sendo este um procedimento passível de fazer em casa, pode e deve ser evitada a vinda ao hospital.

humanização e personalização de cuidados, en-

volvimento da família/cuidadores durante o in-

Objetivos: Pretendeu-se refletir sobre a segurança de transfusão de hemoderivados em HD, em casa do doente, à luz da evidência científica mais recente.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão sistemática na base de dados PubMed com os termos "blood transfusion hospital at home", com os seguintes filtros: data de publicação inferior a 5 anos, tipo de artigo - meta-analysis, randomized controlled trial, review e systematic review, tendo sido encontrados 20 artigos. Os critérios de inclusão foram: população com idade superior a 18 anos, estudos realizados a doentes internados em casa. Dos 20 artigos, foram selecionados dois. Foi ainda efetuada uma consulta à evidência mais recente presente na base de dados *Uptodate*.

Resultados e conclusões: De acordo com a evidência, a transfusão de sangue no domicílio é uma opção viável, segura e bem aceite pelo doente/familiar. A incidência geral de eventos adversos graves foi de 0,05%. Apesar do conceito de transfusão de hemoderivados em casa

ter sido introduzido há pelo menos 40 anos e estar a aumentar um pouco por todo o mundo, continua a não ser uma prática corrente por razões logísticas, legais, e por provável inércia das equipas. As indicações clínicas para o procedimento em casa devem ser baseadas em evidência e seguir as guidelines, e sugere-se uma reconsideração da prática para otimizar os cuidados em HD.

### **POA 03**

### A NEFROLOGIA E A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – UMA EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS

Pedro Pereira da Silva: Diana Coutinho: David Fiel: Andreia Bernardino: Ireneia Lino Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Objetivos: A unidade de hospitalização domiciliária polivalente (UHDP) do nosso hospital foi fundada em 2020 e, sendo uma unidade multidisciplinar, inclui equipa médica de internistas e nefrologista, admitindo doentes referenciados por qualquer especialidade. Apreensão perante idiossincrasias terapêuticas, como realização de técnica dialítica ou gestão de imunossupressão, poderão limitar referenciações de doentes renais. Propomos uma análise casuística de doentes nefrológicos internados na UHDP.

Métodos: Estudo retrospetivo, descritivo, incluindo doentes nefrológicos internados na UHDP até Março de 2024. Definidas lesão renal aguda (LRA) e doença renal crónica (DRC) segundo recomendações da kidney disease improving global outcomes (KDIGO) e grupos de diagnósticos pela International classification of diseases (ICD11). Recolha de dados pelo SClínico<sup>®</sup>. Estatística descritiva realizada no Excel<sup>®</sup>. Resultado: Num período de 39 meses, internámos 684 doentes, 140 (21%) com patologia nefrológica. A maioria apresentou diagnóstico principal incluído no grupo de doenças do sistema respiratório (29%). Quanto aos diagnósticos nefrológicos, prevaleceu a LRA (66.4%) seguida da DRC (30%), ainda 5 doentes (3,6%) sob terapêutica de substituição da função renal (3 em hemodiálise, 1 em diálise peritoneal e 1 transplantado renal). Principal proveniência pelo serviço de Urgência (44,3%), muitos com apoio nefrológico prévio; destacamos referenciações diretas do internamento e consulta externa de Nefrologia (3,6%). Registado 1 óbito por doença oncológica.

Conclusões: O elevado número de doentes nefrológicos em UHDP corrobora a pertinência de inclusão de um nefrologista na equipa. A complexidade inerente à gestão do doente nefrológico beneficia de uma abordagem holística, sendo para isso crucial a integração de cuidados entre equipas multidisciplinares hospitalares e da comunidade. Publicado em Diário da República em 2023, a "Estratégia nacional para a promoção da saúde renal e cuidados integrados na doença renal crónica 2023-2026" sugere um "incremento de 25% de hospitalização domiciliária nos doentes com DRC avançada ou em diálise domiciliária", advogando a polivalência desta tipologia de internamento, a qual também defendemos. Cumpridos os critérios gerais de elegibilidade para UHDP, não só não existe limitação mas claro benefício na admissão de doentes renais pré-dialíticos, sob hemodiálise intermitente, diálise peritoneal ou doentes transplantados renais, desde que assegurado eficaz acompanhamento nefrológico.

### **POA 04**

### O IMPACTO DA CRIAÇÃO DUM PROTOCOLO ENTRE A HOSPITAL E AS ERPI

Maxim Jitari<sup>1</sup>; Ana Isabel Oliveira<sup>2</sup>; Sónia Malaca<sup>1</sup>; Yahia Abuowda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Distrital de Santarém, EPE; <sup>2</sup>Hospital de Vila Franca de Xira

**Introdução:** A hospitalização domiciliária (HD) é uma alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência de nível hospitalar

de modo contínuo e coordenado, sob vigilância de uma equipa multidisciplinar, aos doentes, que requerendo admissão hospitalar e cumpram um conjunto de critérios, clínicos, sociais e geográficos podem ser hospitalizados no seu domicílio, como as estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI's).

**Objetivos:** Analisar o impacto nos internamentos com a criação do protocolo entre a HD e as ERPIs no ano 2023 comparativamente ao ano de 2022

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospetivo e comparativo dos doentes internados na unidade de HD e simultaneamente institucionalizados em ERPI's no ano de 2022 e 2023. Foram avaliados todos os doentes internados nas condições descritas e excluídos os doente não institucionalizados.

Resultados: No ano 2022 foram admitidos 226 doentes, dos quais 26 (11%) com admissão direta das ERPIs, com idade média de 79,5 anos, sendo 61,5% do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. O diagnóstico principal foi a de infeção do trato urinário complicada, em 23 doentes (88,5%).

No ano 2023 foram admitidos 210 doentes, dos quais 47 (22%) com admissão direta das ERPIs, com idade média de 83,7 anos, sendo 64% do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. O diagnóstico principal foi a de infeção do trato urinário complicada, em 39 doentes (82%), seguido de úlcera infetada em 5 doentes (11%) A demora média do internamento em 2022 foi de 8,86 dias e em 2023 foi de 9,19 dias.

Conclusões: Destaca-se que a aplicação do protocolo aumentou os internamentos diretos das ERPIs em 50%. Apesar do ligeiro aumento esperado na demora média, houve uma melhor gestão das camas hospitalares e diminuição da afluência destes doentes ao serviço de Urgência. A experiência acumulada e os resultados obtidos colocam a HD como uma alternativa segura,

eficaz, sem as complicações inerentes ao internamento convencional e com elevada satisfação dos doentes, familiares e cuidadores. Garante a permanência aos doentes no seu ambiente familiar, com acesso aos cuidados hospitalares e diminuição dos riscos associados ao internamento hospitalar. Desta forma, propõe-se proporcionar esta modalidade de assistência na doença aguda aos utentes institucionalizados.

### **POA 05**

### DAS BARREIRAS AOS FACILITADORES DE UM PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE UMA UHD

Nino Coelho; Tatiana Rodrigues; Dina Silva; Maurício Botelho; Carla Costa; Susana Cavadas Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

**Introdução:** A hospitalização domiciliária (HD) tem como obietivos, além de diminuir o número de camas e custos hospitalares, diminuir as infecões nosocomiais e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Inerente a este processo está o conceito de qualidade em saúde, que se constitui como uma ferramenta de gestão para as organizações de saúde, incorporando as oportunidades de melhoria e a aprendizagem organizacional de uma maneira ordenada, coerente. sistemática e sistémica. O modelo de certificação da qualidade adotado pelo Ministério da Saúde é o da Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía. Face ao exposto torna-se relevante sistematizar e refletir acerca dos facilitadores e barreiras para implementação deste processo.

**Objetivo:** Descrever e refletir acerca das barreiras e facilitadores de um processo de certificação de uma unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

**Metodologia:** Recurso a uma técnica de planeamento estratégico, de forma a identificar forças, fraquezas, oportunidades, e ameaças relacionadas com o processo: Análise SWOT.

Resultados: Para a implementação deste pro-

cesso foram consideradas como fraguezas a estrutura física da UHD, falta de recursos humanos e a resposta pouco celere dos serviços de suporte da instituição. Diferentes níveis de motivação dos profissionais da área assistencial para o processo e a prestação de cuidados no domicílio, foram consideradas como ameacas. No que concerne às oportunidades, enumera-se as seguintes: diferenciação da equipa multidisciplinar; equipa a "full time"; boa comunicação multidisciplinar. Por último, considera-se que o comprometimento da gestão de topo da instituição e da coordenação funcional da UHD; o fato de esta UHD possuir toda a documentação prévia, já suportada pelo serviço da qualidade e a existência de um elo do servico da qualidade dedicado a este processo de certificação como principais forças deste processo de certificação. Conclusão: É inequívoca a importância da qualidade e dos processos de certificação para a melhoria dos cuidados às pessoas internadas em HD. Permite contribuir para a prestação de cuidados de saúde seguros, baseados na evidência científica aumentando também a satisfacão dos profissionais, assim como das pessoas internadas e dos seus familiares cuidadores.

### **POA 06**

### ENDOCARDITE INFECIOSA: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA?

Raquel Barreira; Albina Moreira; Clara Coelho; Marta Barbedo; Sofia Pereira; Marta Monteiro; Olga Gonçalves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho
A endocardite infeciosa (EI) é uma patologia
com elevada morbimortalidade que requer
tratamento antibiótico prolongado, implicando
grandes gastos em saúde. Nas recomendações
internacionais mais recentes a hospitalização
domiciliária surge como uma alternativa ao in-

ternamento convencional, em doentes estáveis,

após um período inicial de tratamento hospitalar.??

**Objetivos:** Descrever a experiência de uma Unidade (U) de hospitalização domiciliária (HD) com doentes com El.??

**Métodos:** Estudo observacional retrospetivo descritivo dos doentes com El admitidos numa UHD, entre Abril de 2018 e Abril de 2024. Análise dos dados em Microsoft Excel®.?

Resultados: Registados 31 internamentos por El, correspondendo a 30 doentes, 19 dos quais homens, idade mediana de 73±13 anos. Provinham maioritariamente dos serviços de Medicina Interna (58%) e de cardiotorácica (19%), tendo estado uma mediana de 21±12 dias internados em internamento convencional. 80,6% apresentavam *mRankin* prévio inferior a 2 e 74.2% cardiopatia conhecida. A válvula aórtica foi a mais afetada, sendo o Streptococcus viridians o agente mais frequentemente isolado. 5.8% foram submetidos a substituição valvular previamente à admissão em HD e 12.9% foram propostos para substituição valvular eletiva após o internamento. Estiveram internados uma mediana de 17±10 dias?em HD, totalizando 571 dias poupados ao internamento convencional. O ceftriaxone, em monoterapia (68%) ou em associação (16%), foi o antibiótico mais utilizado para consolidação do tratamento. A maioria dos doentes evoluiu favoravelmente (77.4%), tendo os restantes retornado ao hospital por instabilidade clínica (3), complicações embólicas (3) ou motivos sociais (1). ?

Conclusões:??As recomendações mais recentes da European Society of Cardiology sugerem considerar tratamento domiciliário da IE após 10 dias de tratamento endovenoso eficaz ou 7 dias pós cirurgia. Com a definição do perfil do doente adequado para tratamento de consolidação em HD prevê-se um aumento do número de admissões por esta patologia, o que permitirá poupar dias de internamento convencional, mi-

nimizar custos e intercorrências, sem comprometer a segurança.

### **POA 07**

### SUPERVISÃO CLÍNICA DE CUIDADORES EM HD COM BASE NO MODELO DE ALIANÇA DE SUPERVISÃO DE PROCTOR

Carlos Pires; Maurício Botelho; Tatiana Rodrigues; Nino Coelho

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

Introdução: A supervisão clínica (SC) de cuidadores é essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos indivíduos necessitados de assistência. Envolve o acompanhamento e orientação dos cuidadores para assegurar o cumprimento adequado das suas responsabilidades e a prestação de cuidados de qualidade. Em HD, esta supervisão é vital para melhorar a qualidade dos cuidados e capacitar os familiares cuidadores.

**Objetivo:** Apresentar um caso clínico que aborda a dimensão da SC do cuidador, baseado no modelo de SC de Proctor em doente internado em HD.

**Metodologia:** Utilizada a metodologia científica de estudo de caso na modalidade descritiva.

Resultados: Masculino, 37 anos, casado desde 2012, diagnosticado com esclerose lateral amiotrófica (ELA) em 2019. Mora com a esposa de 35 anos num apartamento com barreiras arquitetónicas. Tem duas filhas de 9 e 4 anos. AP: previamente saudável, fazia hipismo. Agora totalmente dependente nas AVD's. AF: a mãe hipertensa e pai diabético. Internado em HD por infeção respiratória, necessitando de antibioterapia e oxigénioterapia. Identificou-se a necessidade de centrar os cuidados em 5 domínios: gestão do regime terapêutico, controlo de sintomas, autocuidado e dependência nas AVD's, processo de transição, e necessidades de ajudas técnicas no domicílio e fora.

Baseado no modelo de Proctor, na função formativa, a esposa já geria o regime terapêutico, mas foram necessários ajustes no regime terapêutico e medicamentoso e no uso de ajudas técnicas e dispositivos. Na função normativa, destacou-se a importância do cumprimento de normas e procedimentos para evitar riscos, como o absentismo às consultas. Na função restaurativa, abordaram-se as questões emocionais para permitir o (re)ajustamento à situação, evitando situações de desvalorização pessoal autoconceito, prevenindo burnout e garantindo que a cuidadora possa assumir suas responsabilidades, preparando-a para eventos futuros.

Conclusão: Os enfermeiros desempenhamos um papel crucial para a garantia da qualidade dos cuidados. A SC de cuidadores está carente de evidências e é imperativo que os enfermeiros dediquem atenção e atuem nessa esfera para assegurar a qualidade dos cuidados em HD. Os cuidadores enfrentam a responsabilidade de prestar cuidados, muitas vezes necessitando que haja uma transmissão e consolidação de conhecimentos, assim como tempo para treinar e aperfeiçoar as suas competências instrumentais. O modelo de supervisão de Proctor, constitui-se como uma ferramenta para os Enfermeiros na supervisão de cuidadores, preparando-o para os diversos focos de atenção, levantar diagnósticos mais corretamente e intervenções mais específicas para promover a qualidade dos cuidados.

### **POA 08**

### CONTRIBUTO DE UM PLANO DE REABILITAÇÃO NO DOMICILIO NA PESSOA ALECTUADA: ESTUDO DE CASO

Sílvia Santos; Inês Ribeiro; Marisa Arcipreste; Daniela Sampaio; Manuel Rodrigues Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento

Na enfermagem, o estudo de caso assume-se como método de pesquisa, e permite ao investigador estudar fenómenos individuais ou de grupo não evidentes, em contexto real (Andrade *et al*, 2017).

Este caso retrata uma utente de 67 anos de idade, referenciada à unidade de Hospitalização domiciliária (HD), proveniente de um serviço do foro cirúrgico, onde se estava internada por úlcera de pressão sacro-coccigea infetada, secundária a alectuamento por artrite séptica subaguda da anca esquerda.

Previamente autónoma nas atividades de vida diária, terá alectuado há cerca de 4 meses, por dor limitativa da anca esquerda, que impossibilitava o levante e a marcha. No momento da avaliação em HD, consciente, orientada e totalmente dependente nos autocuidados.

Com este estudo de caso, pretende-se demonstrar os ganhos obtidos a nível funcional e de autocuidado na pessoa, após a implementação de um programa de reeducação funcional, desenvolvido durante o internamento em HD.

Foi efetuado o processo de enfermagem, complementado com recurso a diferentes escalas validadas para a população portuguesa, por forma a avaliar, quantificar e evidenciar a força muscular, o equilíbrio e a funcionalidade. Seguidamente, foi implementado um programa de reabilitação.

Os resultados alcançados com o programa de reabilitação diferenciado foram monitorizados, e as melhorias visíveis ao nível da dependência nos autocuidados, da mobilidade, e na marcha. A cirurgia plástica foi o destino sequinte da utente.

A intervenção de enfermagem de reabilitação na prática clínica levou a que, após 4 meses de inatividade, fosse possível iniciar levante e marcha autónoma, com efeitos evidentes ao nível da qualidade de vida da pessoa. Para além disso, ao nível emocional, houve uma melhoria e uma motivação, que fizeram a diferença neste tratamento e nos resultados alcançados.

### **POA 09**

### INTERNAMENTO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA SEM ENTRADA NO HOSPITAL, A REALIDADE DE UMA UNIDADE

Marta Fonseca; Ana Brito; Rui Osório; Fernando Aldomiro

Hospital Dr. Fernando Fonseca

Introdução: Representando uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, a hospitalização domiciliária (HD) procura reunir a prestação dos cuidados de saúde adequados, o maior conforto do doente e a otimização de recursos hospitalares.

Ambicionando afastar ainda mais doentes do edifício do hospital sobrelotado, a equipa criou junto dos centros de saúde (CS) da Unidade Local de Saúde e das equipas médicas dos lares da área um canal de referenciação direta de situações de doença aguda, que reúnam condições para internamento em HD.

**Objetivos:** Caracterizar os doentes internados em HD por referenciação direta do médico de ambulatório, de janeiro de 2023 a maio de 2024 (17 meses).

**Métodos:** Análise retrospetiva dos processos eletrónicos dos doentes, em termos demográficos, proveniência, diagnóstico, internamentos anteriores e hospitalar

**Resultados:** Foram realizados 41 internamentos por referenciação direta de instituições extra-hospitalares, num total de 450. A idade média foi de 77.5 anos. Cerca de 37% (n 15) foram referenciados de CS e 24.4% (n 10) de

lares. 39% (n 16) dos doentes já tinham tido um internamento prévio em HD, e a maioria destes contactou diretamente a equipa. Mais de metade das admissões (58.5%, n 24) foram realizadas no domicílio, tendo os restantes sido primeiramente avaliados em consulta externa da equipa de HD.

Os diagnósticos mais frequentes (92.6%, n38) relacionaram-se com infeções com necessidade de antibioterapia endovenosa.

Dois doentes tiveram necessidade de internamento hospitalar por agravamento clínico.

Discussão e conclusão: Parte das observações no serviço de urgência corresponde a doentes clinicamente estáveis, com diagnósticos realizados em ambulatório, mas cujo tratamento passa por soluções só disponíveis em meio hospitalar. Terminam muitas vezes o seu internamento em regime de HD, sinalizados pelos médicos da enfermaria.

Nos 17 meses analisados, 41 dos internamentos ocorreu no seguimento da referenciação direta dos doentes à equipa por uma instituição extra-hospitalar ou pelo próprio doente. Em 24 doentes toda a avaliação foi feita no domicílio, tendo em conta o elevado grau de dependência e difícil mobilização dos doentes até ao hospital, garantindo um maior conforto e segurança.

Também após um primeiro internamento em HD, os doentes contactaram a equipa de HD por queixas clínicas ou resultados laboratoriais, tendo sido avaliados e decidido o internamento também de forma direta neste regime.

O contacto frequente com estes profissionais permitiu a crescente utilização desta via, ambicionando-se o crescimento desta modalidade de referenciação.

### **POA 10**

### O OLHAR DO DOENTE SOBRE OS CATETERES PICC E *MIDLINE*

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

Enquadramento: A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) tem aumentado a complexidade de cuidados dos utentes, que, associado à necessidade de antibioterapia mais específica e/ou mais prolongada, leva a mais punções, complicações como flebites, seromas e perda do património vascular.

Desde 1975 equipas especializadas iniciaram a colocação de cateteres centrais de inserção periférica (PICC) e cateteres periféricos de linha média (Midline), indicados na terapêutica endovenosa prologada ou irritante e na preservação do património vascular.

A UHD tendo elementos da equipa de cateteres avançados, iniciou a colocação destes cateteres no ano de 2023 tendo por base os bons resultados prévios, nomeadamente: redução taxas de infeção da corrente sanguínea, ou outras complicações, permanência do cateter durante mais tempo, menor interferência nas atividades de vida diária do utente. É também referido em alguns estudos que do ponto de vista do utente, os midline/PICC diminuem a dor e sofrimento durante o tratamento, nomeadamente na redução das punções periféricas, desconforto na administração de medicamentos, maior mobilidade e satisfação dos utentes nas atividades de vida diária.

**Objetivo:** Análise retrospetiva da satisfação e complicações dos utentes da UHD após colocação de midline/PICC.

Métodos: Consulta retrospetiva do processo

informático através do Sclinico e entrevista telefónica a 30 utentes que tiveram internados em UHD com midline/PICC nos últimos 8 meses.

Resultados: Após entrevista telefónica obtivemos, na nossa perspetiva, dados muito interessantes e que vão ao encontro de alguns estudos realizados fora de Portugal. Dos utentes entrevistados o tempo médio de permanência dos cateteres foi de 39,6 dias, tendo sido o tempo mínimo de 5 dias e o máximo 133 dias. Foi verificado que 93,3% referiu que foi informado do motivo pelo qual iria colocar o midline/PICC, no entanto 23,3% indicou que gostava de ter tido mais informação. Nenhum doente referiu que o procedimento de colocação foi muito desconfortável e 66,7% referiu ter sido nada desconfortável. Um dado muito relevante foi que 100% dos utentes recomendaria midline/PICC aos outros utentes. Embora os resultados tenham sido muito positivos, sabemos que este estudo tem algumas limitações.



# Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária

### **Posters**

### PO 01

### ABORDAGEM DE FERIDAS COMPLEXAS EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, UM CASO CLÍNICO

Sandrina Santos Carvalho; Dulce Pereira; Paula Correia; Daniel Pereira; Olívia Cardoso; Clotilde Tomaz; Miguel Almeida Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: As feridas representam um desafio aos profissionais da área da saúde. De etiologias diversas e apresentação clínica multiforme, esta patologia sempre se mostrou desafiadora. A terapia de tratamento por pressão negativa (TPN) não é nova no ramo hospitalar, sendo utilizada para preparar o leito da ferida para enxertos posteriores, encerramentos cirúrgicos ou ainda para promover a cicatrização por segunda intenção. Tornar o meio favorável para o processo de cicatrização, reduz a colonização de bactérias, diminuindo o quadro álgico, edema, tempo de tratamento e, consequentemente, os custos em relação aos tratamentos convencionais existentes.

**Objetivo:** Relatar a evolução do processo cicatricial de uma lesão abdominal resultante da infeção de uma ferida cirúgica (infeção por deiscência da loca cirúrgica de hernioplastia incisional) utilizando TPN durante o internamento em hospitalização domiciliária (HD).

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo caso clínico, realizado pela equipe da unidade de

HD no período de 04 de Abril a 04 de Maio de 2023. Os dados foram obtidos a partir da observação, avaliação e acompanhamento da lesão durante o internamento em HD por 30 dias. O critério de seleção do caso foi a presença de uma lesão extensa e de abordagem complexa com a cicatrização total da lesão após o uso da TPN.

Resultados: Para este caso foi utilizada a TPN por 42 dias consecutivos, sendo a instalação do tratamento e três substituições durante o internamento hospitalar convencional, e as outras 6 execuções em internamento domiciliário. Durante todo o período de interação na HD houve um esmerado relacionamento entre a equipa HD, a família cuidadora e o próprio utente, por meio de contato direto nas visitas domiciliárias diárias. Seguido da avaliação criteriosa da lesão e a participação do utente e cuidador em todo o processo, chegou-se ao sucesso cicatricial em 100% da lesão.

Conclusões: O uso da TPN demonstra eficácia pelos diversos casos de sucesso em ambiente hospitalar. O relato desta experiência vem acrescer que a utilização desta tecnologia, em contexto de HD, pode apresentar-se operativa e conjuntamente vantajosa no que respeita à redução do tempo de intermento convencional, desde que acompanhada por uma equipe tecnicamente habilitada, que valorize e apoie o utente e a sua família como sujeitos ativos no processo de cuidar.

### PO 02

### HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – AVALIAÇÃO ECONÓMICA

Pedro Silva

Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento

As unidades de hospitalização domiciliária (UHD), reflexo da evolução do conhecimento, da crescente inovação técnica e tecnológica e da preparação dos profissionais de saúde, possibilitam a prestação de cuidados de saúde ao utente com episódio de doença aguda ou crónica agudizda, no seu domicílio. As UHD têm como objetivo o aumento da qualidade e eficiência da prestação de cuidados, reduzindo as complicações do internamento hospitalar e valorizando o papel da família e cuidador informal.

Em Portugal, a iniciativa de criação de UHD é congruente com as necessidades identificadas noutros países, nomeadamente com o aumento do número de pessoas com doença crónica e o envelhecimento da população (Perroca e Ek, 2004; Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2020). Dado a novidade que as UHD representam no panorama português, com menos de uma década de desenvolvimento, não existem ainda estudos que permitam avaliar o seu impato económico em larga escala, contrariamente ao que acontece a nível internacional. A relevância de novos modelos de organização da prestação de cuidados, como as UHD, e da gestão da prática clínica, é reflexo nas discussões sobre a sustentabilidade do sistema de saúde, um assunto atual dada a escassez de recursos. Neste sentido, o foco das organizações de saúde é diminuir os custos mas melhorar a prestação de cuidados, através de politicas e programas de saúde com melhor custo-efetividade e custo-benefício (Barros, 2019). Como referem Taylor e Golding (2021), a redução dos custos é um dos principais benefícios dos programas de hospitalização domiciliária (HD), não devendo ser desconsiderado o fato de que este efeito positivo depende diretamente da forma e tipo de programa de HD implementado.

A ausência de estudos que refletissem a realidade dos hospitais portugueses e que fizessem a avaliação económica da implementação das UHD, foram importantes fatores motivadores para o desenvolvimento do projeto. Na perspetiva do autor é atualmente pertinente analisar a implementação de modelos de hospitalização domiciliária em Portugal, comparando-os com países que já avaliaram, economicamente, os seus programas.

O presente estudo é retrospetivo, relativo ao ano de 2022 e a análise é exclusivamente quantitativa. Os dados considerados são os fornecidos pelas entidades, os reportados pelos indicadores relevantes do Portal SICA-ACSS e via Benchmarking-ACSS. Tendo como ponto de partida a reflexão e comparação através de análise económica das UHD e internamento hospitalar, pretende-se contribuir para a discussão sobre o impato económico da HD. A apresentação desta comunicação oral visa apresentar dados e resultados que estão na base da elaboração da dissertação no âmbito do curso de mestrado em gestão e economia de serviços de saúde da Faculdade de Fconomia da Universidade do Porto.

### PO 03

### ACOMPANHAMENTO DE DOENTES EM FIM DE VIDA NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÀRIA

Celia do Carmo; Anneke Joosten; Ruben Reis; Isabel Fernandes; Helena Marques Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital

Nossa Senhora do Rosário A unidade médica de hospitalização domiciliária (UMHD) define-se como a prestação de

liária (UMHD) define-se como a prestação de cuidados de saúde no domicílio a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada que exijam cuidados hospitalares e cumpram critérios

clínicos, sociais e geográficos que permitam o internamento no domicílio.

Em doentes em fim de vida, esta modalidade de internamento assume-se de particular importância, quer no controlo de sintomas quer no ensino e acompanhamento de familiares.

Os autores propõe-se a analisar os internamentos dos doentes em fim de vida numa UMHD, no período de 2022-2023.

**Objetivos:** Estudo retrospectivo de 24 meses, em que foram incluídos todos os doentes com doença incurável ou crónica em fase terminal, com doença aguda ou necessidade de controlo de sintomas.

**Resultados:** De um total de 401 episódios de internamento em UMHD, 39 doentes preenchiam os critérios definidos. Destes, 58.9% eram do sexo masculino; a média de idades foi de 62 anos (21-91 anos), verificando-se uma demora média de internamento de 12 dias (1-66 dias).

Em relação à proveniência, 58.9% eram provenientes da consulta de Cuidados Paliativos; 20.5% de outras consultas hospitalares; 10.3% do serviço de Urgência e 10.3% de outros serviços de internamento hospitalares.

De entre os diagnósticos de base, tratavam-se maioritariamente doentes com neoplasias malignas 94.8%, sendo que 2.6% tinha doença hepática crónica terminal e 2.6% doença renal crónica terminal.

O motivo de internamento foi em 92.3% para controlo de sintomas, sendo que destes, 55.5% vieram a falecer. 7.8% dos doentes foram admitidos por insuficiência cardíaca descompensada, infecção respiratória e lesão renal aguda pré-renal.

Relativamente ao destino, 53.8% faleceram no domicílio, 30.8% foram encaminhados para a consulta (Paliativos e Oncologia), 10.2% foram transferidos para internamento em unidade de Cuidados Paliativos e 5.2% foram transferidos

para o serviço de Urgência ou outra UMHD.

**Conclusão:** Os autores verificaram que os doentes em fase terminal de vida correspondem a uma elevada percentagem do total de internamentos em UMHD. Nesta fase da vida, com suas particularidades, afigura-se de extrema importância o acompanhamento do doente e sua família por uma equipa multidisciplinar ao domicílio, privilegiando o conforto e desejo do doente.

### PO 04

### INTERNAMENTOS POR INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Celia do Carmo; Anneke Joosten; Ruben Reis; Isabel Fernandes; Helena Marques Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Os autores propõe-se a caracterizar os internamentos por infecção do trato urinário numa unidade de hospitalização domiciliária (UMHD) de um hospital distrital.

**Objetivos:** Estudo retrospectivo durante um período de 12 meses, dos episódios de internamento em UMHD com diagnóstico de infecção do trato urinário e sua caracterização.

**Resultados:** De um total de 194 doentes internados em UMHD, 79 doentes apresentavam infecções do trato urinário, correspondendo 74.6% cistites complicadas e os restantes pielonefrite.

No subgrupo das cistites, 43% dos doentes eram do sexo masculino; a média de idades global foi de 73 anos (40-90 anos).

Relativamente à proveniência a maioria foi internada a partir do serviço de Urgência (SU) (57.6%), consulta externa (20.3%) e restantes de serviços de internamento.

A demora média de internamento correspondeu a 13 dias (5-44 dias).

O microorganismo mais frequentemente isolado foi a *Klebsiella pneumoniae* ESBL (50.8%),

verificando-se uma elevada taxa de microorganismos multirresistentes.

Dos doentes internados, 59.3% apresentava patologia urológica prévia, destacando-se 25.4% de doentes com algaliação crónica. 18.6% apresentavam neoplasia do tracto urinário. Em relação ao destino, em 5.1% houve necessidade de fazer retorno para o hospital, 62.7% foram encaminhados para o médico de família.

No subgrupo das pielonefrites, 40% eram do sexo masculino, registando-se uma média de idade global de 49 anos (21-84). A maioria dos doentes foi internada a partir do SU (90%). A demora média de internamento correspondeu a 13 dias (5-26 dias). O microorganismo mais frequentemente isolado foi a E.coli multirresistente (55%). A maioria dos doentes foi encaminhado para o médico de família (50%), tendo-se registado a necessidade de readmissão hospitalar de 1 doente.

Conclusão: As infecções do trato urinário correspondem a uma elevada percentagem do total de internamentos hospitalares, em particular em doentes com patologia urológica prévia, predominando os microorganismos multirresistentes, com necessidade de antibioterapia por vezes prolongada. A admissão em UMHD permite o tratamento destes doentes em ambulatório, com redução significativa da ocupação de camas de internamento a nível hospitalar.

### PO 05

### RELAÇÃO UHD E ERPIS – UMA "FÁCIL" SOLUÇÃO PARA A REDUÇÃO DE INTERNAMENTOS HOSPITALARES

Helena Santos Gonçalves; Ana Filipa Rebelo; Tiago Monteiro; Silvia Rodrigues; Patrícia Magalhães; Olivia Cardoso

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O envelhecimento da população é um dos principais problemas da sociedade atual, e acarreta custo socioeconómicos e

de saúde avultados. Estudos mostram que os idosos são utilizadores frequentes dos serviços hospitalares, mesmo quando integrados em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPIs). As ERPIs são habitualmente dotadas de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, permitindo uma vigilância otimizada, cumprido os critérios de vigilância e suporte necessários à integração em regime de hospitalização domiciliaria (HD).

**Objetivo:** Estimar o número de internamentos de utentes provenientes de ERPIs durante um ano civil.

Metodologia: Foi feito um levantamento do número de utentes integrados nas ERPIs da área de influência da unidade de HD. Foram contactadas duas ERPIs e interrogadas sobre os internamentos hospitalares durante um ano civil. Esses dados foram transpostos para o total das ERPIs. Por fim, estimaram-se que 10% destes internamentos ocorreriam em unidades de HD.

Resultados: Foram contabilizadas 13 FRPIs na área de influência, num total de 455 utentes. Das duas ERPIs contactadas (120 utentes), verificou-se que, em média, 51.87% dos utentes de ERPIs são internados ao longo do ano; cada utente contabiliza em média um total de 1.73 internamentos e passa, em média, 10.05 dias internado. Transpondo estes dados para o total das ERPIs, estimou-se que ao longo de um ano: 236 utentes das ERPIs serão internados, num total de 408.28 internamentos e 237.18 dias de internamento. Se 10% destes internamentos ocorrem em HD, calculamos ter 23.6 utentes internados, num total de 40.83 internamentos e 237.18 dias de internamento.

**Discussão:** Este estudo demonstra que os utentes das FRPIs acarretam consideráveis números de internamentos, o que incorre em avultados custos de saúde e socioeconómicos. A admissão direta destes utentes em regime de HD permite reduzir estes custos de forma substancial, o que pode ser conseguido através da criação de protocolos entre as unidades de HD e as ERPIs das suas áreas de influência. Sendo esta uma possível solução para reduzir os internamentos, a otimização das unidades de HD é uma necessidade emergente, para que possam dar resposta a este problema.

### PO 06

### FÍSTULA PANCREÁTICA PÓS-DPC: COMPLICAÇÃO GERIDA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Inês Barbosa Leão; Helena Santos Gonçalves; André Marçal; Filipa Rebelo; Tiago Monteiro; Sílvia Rodrigues; Patrícia Magalhães; Olívia Cardoso Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A fístula pancreática é uma complicação cirúrgica da duodenopancreatectomia cefálica, cuja resolução pode ser complexa, morosa e letal, o que acarreta internamentos prolongados e avultados custos monetários e clínicos. A hospitalização domiciliária (HD) é um modelo de internamento que pode otimizar o seguimento dos doentes cirúrgicos, reduzir a permanência hospitalar e melhorar os outcomes pós-operatórios.

História clínica: Mulher, 59 anos, autónoma, diagnóstico de adenocarcinoma do pâncreas ressecável, foi submetida a duodenopancreatectomia cefálica. O pós-operatório imediato foi realizado nos cuidados intensivos e, após estabilização, foi transferida para a enfermaria de cirurgia geral. O internamento hospitalar total teve uma duração de 57 dias.

Como intercorrências, apresentou uma fístula pancreática externa, infetada por *Klebsiella* pneumoniae multirresistente, com necessidade de drenagem percutânea e antibioterapia endovenosa. Após resolução do quadro infecioso, foi proposto manter a realização de octreótido subcutâneo, para diminuição da secreção pancreática e com o intuito de encerramento espontâneo da fístula. Neste sentido, foi proposto o internamento em HD.

À admissão, apresentava-se emagrecida, debilitada e dependente para todas as atividades de vida diária, eutímica, hemodinamicamente estável e apirética. Durante o internamento domiciliário, apresentou diminuição significativa do débito da fístula, porém sem a sua resolução completa, pelo que foi proposta para tratamento endoscópico, numa instituição externa. Após duas tentativas de encerramento endoscópico, sem sucesso, foi proposto procedimento cirúrgico. Durante o período de espera até à cirurgia, de aproximadamente 1 mês, a doente manteve todo o acompanhamento pela HD, tendo sido otimizada do ponto de vista nutricional, metabólico, motor e psicológico.

À data agendada da cirurgia, apresentava-se eutímica, autónoma, hemodinamicamente estável, apirética e sem sinais graves de desnutrição. Foi submetida eletivamente a Wirsungostomia externa, tendo a cirurgia decorrido sem intercorrências e o pós-operatório sem complicações major.

Discussão: Este caso clínico demonstra a importância que o internamento em HD teve na evolução clínica da doente, permitindo manter terapêutica necessária de uso hospitalar e o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar que contribuíram para a reabilitação fisiopsicológica da doente, e consequentemente a uma maior probabilidade de sucesso da segunda intervenção cirúrgica. Esta estratégia permitiu a redução de custos e recursos associados a um internamento hospitalar prolongado.

### P0 07

### COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA

Joana Leite¹; Joana Santos²; Ricardo Melo³
¹Nephrocare Santa Maria Feira; ²Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião; ³Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Enquadramento: A melhoria da comunicação terapêutica com a pessoa irá contribuir para melhorar o seu autoconhecimento da doença e a sua adesão terapêutica e, por conseguinte, capacitar a pessoa para a autogestão da sua doença crónica e tomada de decisões ajustadas a sua saúde.

**Objetivos:** Analisar as competências da comunicação terapêutica do enfermeiro na abordagem à pessoa com doença crónica

Metodologia: Foi efetuada revisão narrativa com recurso às bases de dados CINAHL (via plataforma EBSCO), no *Google Scholar* e fontes bibliográficas. Como critérios de pesquisa, optou-se por estudos publicados entre 2015 e 2024, escritos em inglês e português, com texto completo disponível gratuitamente, desenvolvido com enfermeiros e que abordem as competências da comunicação terapêutica. Serão utilizados os seguintes descritores *Communication, Chronic disease, Nurses; Health Communication.* 

Resultados: A comunicação em saúde, remete-nos para o estudo e utilização de estratégias de comunicação, para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades, com base em conhecimentos, atitudes e práticas no sentido de promover a saúde e, ainda, a melhoria do acolhimento e da humanização dos cuidados de saúde.

A comunicação entre a pessoa e o profissional de saúde desempenha um papel fundamen-

tal em toda a sua interação. A dificuldade de compreensão deste processo de comunicação pode afetar a adesão às propostas/regime terapêutico, aos aconselhamentos e à mudança comportamental associada.

O profissional de saúde, para além das competências clínicas, poderá através de um processo comunicacional verbal e não verbal, orientar e influenciar as decisões da pessoa, sobretudo nos casos de baixo nível de literacia em saúde. Não se pretende que seja promovida uma substituição da tomada de decisão por parte da pessoa, mas sim permitir e potenciar o seu processo de decisão critica, empoderando assim na autogestão da sua doença.

**Conclusão:** Perante o desenvolvimento destas competências comunicacionais, o enfermeiro especialista deve promover o autoconhecimento, promover a literacia e capacitar a pessoa na autogestão da sua doença, aumentando a sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Communication, chronic disease, nurses; health communication.

Referências bibliográficas: Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma *scoping review*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 23. https://doi.org/10.19131/rpesm.0274

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde — Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção Geral de Saúde. http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.17763.30243

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda, do Carlos Sequeira. LIDEL. ISBN: 978-989-752-168-3

### PO 08

### A QUEDA ENQUANTO EVENTO ADVERSO NO INTERNAMENTO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

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

Introdução: As quedas representam um dos principais eventos adversos que podem ocorrer durante um internamento, constituindo um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. São várias as orientações e normativas que realçam a relevância desta temática com enfoque na prevenção e intervenção perante a queda, algo que deve ser tido em conta na prestação de cuidados em unidades de hospitalização domiciliária (UHD). Este estudo tem como objetivo a descrição e análise dos episódios de queda em UHD.

Material e métodos: Estudo retrospetivo descritivo dos episódios de queda verificados nos anos de 2022 e 2023. Os dados demográficos e clínicos foram obtidos no SClínico Hospitalar e a análise estatística foi realizada através do Excel. Resultados: Após a análise de 331 internamentos, registaram-se 11 quedas, 2 no ano de 2022 e 9 em 2023, representando uma incidência de 1,1% e 5,8%, respetivamente. A média de idade dos doentes foi de  $79.5 \pm 7$  anos, com distribuição uniforme de género. Em 55% (n = 6) dos casos verificou-se uma incapacidade funcional moderada no momento da queda e 18% (n = 2) usava auxiliares de marcha. Apenas 2 doentes apresentavam compromisso cognitivo e/ou desorientação. Através da escala de Morse verificou-se que, 3 doentes não apresentavam risco de queda, 5 doentes baixo risco e 3 doentes alto risco. Não houve uma variação significativa quanto ao período do dia em que ocorreu o evento. A sala e o quarto são os locais da habitação onde se verificaram mais quedas, estando estas associadas ao desequilíbrio, ao tropeçar e à perda de força. Em 55% dos casos não se verificaram consequências, sendo a escoriação a lesão mais frequente. A análise realizada permitiu verificar que a taxa de efetividade na prevenção de queda foi de 95% no ano de 2022 e 91% no ano de 2023. A implementação de medidas preventivas centrou-se no ensino e otimização do ambiente do domicílio e na elaboração de um folheto informativo.

Conclusão: O internamento em UHD possui particularidades desafiantes ao nível da avaliação de risco e prevenção de quedas. Através da análise realizada, conclui-se que, a idade avançada, a incapacidade funcional moderada, o baixo risco de queda, o compromisso do equilíbrio e o tropeçar surgem como mecanismos associados à queda, ao destacarem-se nos eventos analisados, e por isso, devem ser considerados na avaliação do risco de queda.

### PO 09

### EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE RESPIRATÓRIO EM UHD

Cecília Oliveira; Margarida Figueiredo *ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde* 

A evidência científica disponível mostrou que a reabilitação respiratória (RR), como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a dispneia e a qualidade de vida dos doentes. Estes benefícios reflectem-se numa demonstrada diminuição de exacerbações, consultas e internamentos hospitalares.

Os estudos mostraram, por outro lado, que a RR é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Para que a sua implementação possa ser optimizada é necessário alertar, educar e treinar (DGS 2009).

A Hospitalização domiciliária constitui um meio

privilegiado para o enfermeiro de reabilitação, pois de forma individualizada capacita o doente/ família para os desafios da doença respiratória. A efetividade dos cuidados traduz-se em resultados das ações implementadas verificando-se quais os reais benefícios das mesmas. Para isso a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a saúde das pessoas constitui uma base estrutural para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Pretende-se apresentar e refletir sobre os resultados dos indicadores de enfermagem de reabilitação no âmbito da RR no primeiro trimestre deste ano. Para isso foram extraídos dados do Sclínico baseados nos registos de enfermagem realizados.

Assim dos diagnósticos identificados verificam-se os seguintes ganhos: 42.8% adquiriram conhecimentos sobre ventilação; 77,8% demonstraram capacidade para optimização da ventilação; 56% dos prestadores de cuidados demonstraram conhecimentos sobre ventilação; 46,6% adquiriram conhecimentos para promover a limpeza das vias aéreas; 76.9% demonstraram capacidade para promover a limpeza das vias aéreas; 50% dos prestadores de cuidados demonstraram conhecimentos para promover a limpeza das vias aéreas.

Conclui-se que a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação pode ser melhorada. Como condicionantes temos o fato de não serem prestados cuidados diários, o que por vezes impossibilita a avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação antes da alta. Apesar de alguns resultados não traduzirem o trabalho desempenhado na prática, verificamos que o empoderamento do doente/cuidador é a chave para o sucesso do processo de recuperação.

#### PO 10

### RESTAURAR A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Maria Inês Costa; Ana Emídio; Ana Gomes; Ana Peres; Carin Rodrigues; Cláudia Viegas; Daniel Guilherme; Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue; Gilberto Martins; Marta Soares; Mufulama Cadete; Raquel Espadaneira; Ricardo Martins; Rui Saramago; Úrsula Barradas; Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, EPE

**Enquadramento:** A Síndrome de imobilidade é uma entidade complexa com consequências gerais na vida da pessoa. O diagnóstico precoce e o planeamento das intervenções são fundamentais na minimização dos efeitos da imobilidade e na manutenção e recuperação da capacidade funcional.

**Objetivo:** Acompanhar a evolução funcional de um utente internado em hospitalização domiciliária (HD) e avaliar os ganhos dos cuidados de reabilitação prestados.

Metodologia: Estudo de caso informal de um utente admitido em HD com o diagnóstico de candidémia, com s. de imobilidade e caquexia associada, por internamento anterior prolongado e recusa em reabilitação. Foi delineado um programa de reabilitação dividido em 2 fases, onde a 1ª se focou na reabilitação funcional respiratória e motora no leito, levante precoce e treino de equilíbrio estático e dinâmico em sedestação. Na 2ª fase, foram incrementados os exercícios para o ortostatismo, mobilizações ativas e resistidas, utilização de pedaleira, treino de marcha com e sem andarilho, treino de equilíbrio estático e dinâmico.

Resultados: À admissão, utente acamado com um score de 5 na escala de Barthel; 40 na MIF; Força grau 4 generalizada; 2 Berg; Braden 11; Morse 35. Após programa, utente com marcha autónoma (sem AM), com 95 Barthel; 109 MIF; 45 Berg; 21 Braden; 10 Morse; força muscular grau 5.

Conclusão: Evolução favorável por parte do utente, com aquisição de marcha autónoma, Equilíbrio estático e dinâmico e melhoria da tolerância à atividade, traduzindo-se em melhoria da sua qualidade de vida. Foi fundamental a intervenção ao nível da sua auto-estima, através da sua inclusão, participação no programa e reforço positivo, tornando-se mais colaborante e motivado na sua recuperação. Pela limitação do tempo das visitas domiciliárias, foi essencial a inclusão da família no programa, para dar continuidade ao mesmo.

### PO 11

### SEGURANÇA NAS DESLOCAÇÕES DA EQUIPA

Ana Simão; Liliana Maria Castanheira Pereira; Marta Sofia Ferreira Morgado; Ana Raquel Crespo Fernandes; Isabel Maria Soares Santos; Paula Martins Neves; Barbara Palos Saraiva; Edgar Gomes Coelho Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: Segundo a Norma 20/2018 da Direcção Geral de Saúde, que gere as unidade de hospitalização domiciliária (UHD) a residência dos utentes deve estar a uma distância/tempo em função das exigências de segurança para intervenção em tempo útil.

São muitos os minutos que estas equipas passam em deslocações, muitos kilometros (Km) em estradas.

Até Abril de 2024 a UHD internou 432 utentes, fez 10010 visitas, passou 124819 min em deslocações e percorreu 79050 km.

Sendo as deslocações um dos critérios de segurança do utente/equipa, fez-se um breve estudo para percepção geral da sensação de segurança da equipa.

**Objetivos:** Perceber a sensação de segurança da equipa da UHD.

Identificar o tipo de domicílio e utentes que dão mais segurança.

Conhecer os receios nas deslocações aos domicílios.

**Metodologia:** Questionário presencial, com 4 questões fechadas, colocadas a 15 elementos da equipa, 6 enfermeiros, 4 técnicos auxiliares de saúde, 1 médica efectiva e 4 médicos que colaboram com a UHD.

**Resultados/Discussão:** Na 1ª questão, 86,7% dos profissionais consideram que o utente está mais seguro em casa do que numa estrutura residencial para idosos.

Na 2ª questão, o que deixa mais insegurança, a idade ou patologias associadas, apenas 1 pessoa respondeu a idade.

A 3ª questão, das opções possíveis, o que preocupa nas deslocações (podiam colocar duas opções): 40,74% responderam as condições climatéricas, 33,3% distância à Unidade Local de Saúde (pela necessidade de transferir o utente ao hospital e consumir-se parte do turno em deslocações, havendo necessidade de direccionar os internamentos para a mesma região), 2,22% os animais na estrada, 3,7% as condições da estrada 0% domicilio urbano ou rural. Na 4ª questão 100% da equipa sente-se segura a trabalhar na UHD.

Conclusão: Apesar de algumas preocupações, a equipa sente-se segura, mas para além dos critérios gerais estabelecidos, quando internamos os utentes temos que gerir mais algumas condições para que a equipa se sinta mais segura para melhor prestar cuidados. Como limitação ao estudo a nossa equipa é pequena, seria interessante abranger mais unidades.

### PO 12

### EVA – EQUIPA DE ACESSOS VASCULARES – O PROJETO

Mónica Rebelo; Catarina Martins; Pedro Gomes Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Enquadramento e objetivos: A utilização da rede venosa implica a nocão de que a esta é única, limitada, insubstituível e que o seu uso constante leva à perda de função, o que tem implicações diretas na qualidade de vida do utente e nas decisões terapêuticas futuras. A criação da eguipa de acessos vasculares (EVA), que iniciou formalmente a sua atividade em janeiro 2023, assume-se como um projeto estratégico para toda a organização, tendo como missão contribuir para a melhoria da segurança dos utentes na instituição, e promover a excelência na tomada de decisão, implementação, gestão e cuidados do acesso vascular. A estratégia promove o desenvolvimento da cultura de preservação do capital venoso do utente, baseada em boas práticas e fundamentadas em evidências científicas. O principal objetivo da EVA é obter impacto positivo em toda a organização que pode ser medido em 2 vertentes: incrementar a adesão de boas práticas com a escolha do dispositivo mais adequado para o utente no momento certo através de organigramas de decisão: diminuir os eventos adversos associados ao acesso vascular através da formação institucional a todos os enfermeiros sobre a manutenção dos acessos vasculares. A EVA integra uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros (sénior/ júnior), médico, equipas de consultoria para colaboração na tomada de decisão na presença de complicações e definição de protocolos de atuação. Toda a sua atividade assenta em protocolos científicos ao abrigo da "legis artis".

**Metodologia:** Revisão de literatura com base em artigos científicos e documentos oficiais sobre a investigação desenvolvida acerca das temáticas: equipa de gestão de acesso vascular, escala de avaliação de rede venosa, fluxograma de decisão do tipo de cateter de acordo com a necessidade de tratamento IV, preservação do património vascular, utentes DIVA (difficult intravenous access).

Resultados: Durante o percurso da sua atividade foram incrementadas medidas para melhorar o atendimento ao utente: implementação do organigrama de decisão na escolha do dispositivo vascular e da escala de avaliação do património venoso; implementado plano de formação sobre cuidados de manutenção do cateter venoso periférico e central; implementação da escala de avaliação de flebite; formação de profissionais internos e externos dos diferentes grupos profissionais, adoção de uma politica institucional mais proactiva que contribua para a preservação do patrónimo vascular do utente.

**Conclusões:** A EVA assenta na mudança de paradigma institucional na abordagem do património vascular dos utentes.

A EVA contribui para a política de qualidade da institucional na abordagem do património vascular dos utentes assente em padrões de referência.

A EVA considera que a curva de aprendizagem se encontra em fase ascendente existindo espaço para ações de melhoria

### P<sub>0</sub> 13

### EQUIPA DE ACESSOS VASCULARES – ANÁLISE RETROSPETIVA DA ACTIVIDADE

Mónica Rebelo; Catarina MARTINS; Pedro Gomes Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

**Enquadramento e objetivos:** A criação da Equipa de Acessos Vasculares (EVA) surge da necessidade de mobilizar conhecimentos profundos sobre as boas práticas em matéria de acessos vasculares. A EVA inicia formalmente a sua atividade no dia 01/01/2023, sendo res-

ponsável pela gestão dos dispositivos de acesso vascular na instituição, incluindo a escolha do dispositivo mais adequado, com critérios de atuação standard e garantindo a segurança da prática assistencial cumprindo padrões de excelência. A EVA tem como objetivos: obter impacto positivo em toda a organização incrementando a adesão a boas práticas e a diminuição de eventos adversos associados ao acesso vascular; liderar a gestão de acessos vasculares desde a inserção até à remoção; formar e manter uma equipa que se destaca pela competência e capacidade; e ser uma equipa custo/eficiência associada à sustentabilidade organizacional. Assim, está projetada tanto para responder aos pedidos de colocação de cateteres quanto para prevenir e resolver complicações. O plano de atividade incorpora um conjunto de indicadores de qualidade, baseados em padrões de referência, que permitem medir o impacto da atividade EVA a nível institucional.

**Metodologia:** A metodologia assentou na analise retrospetiva com objetivo de verter em dados a atividade EVA através de indicadores de qualidade definidos para a equipa.

Resultados: Os resultados obtidos dizem respeito a 1 ano de atividade após constituição formal da EVA. Foram medidos os indicadores de qualidade: Número de cateteres colocados; Taxa de eficácia de cateteres colocados na primeira punção; Dias de permanência do cateter; Taxa de remoção acidental; Taxa de bacteriemia de cateteres; Taxa de complicações associadas à manutenção do cateter; Número de ações de formação institucionais realizadas pela EVA sobre cuidados de manutenção do cateter; Taxa de profissionais formados na manutenção do cateter.

**Conclusões:** Seguindo as linhas de orientação mundiais a médio/longo prazo iremos assistir à criação de equipas de acessos vasculares nas diversas instituições de saúde. A evidência cientifica suporta estas iniciativas, disseminadas por

diversos paises mundiais. A literatura não aponta para redução de custos associados a estas equipas, mas sim dados que comprovam os benefícios para o utente, para os profissionais e para as instituições. As EVA podem definir-se como um critério de qualidade numa instituição.

### P<sub>0</sub> 14

### 5 PASSOS PARA A ALTA NO UTENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Maria Inês Costa; Ana Emídio; Ana Gomes; Ana Peres; Carin Rodrigues; Cláudia Viegas; Daniel Guilherme; Elvis Guevara; Fernando Palhim; Francisca Delerue; Gilberto Martins; Jeanette Silva; Marta Soares; Mufulama Cadete; Raquel Espadaneira; Ricardo Martins; Rui Saramago; Úrsula Barradas; Vitória Cunha

Hospital Garcia de Orta, EPE

Enquadramento: A insuficiência cardíaca (IC) apresenta uma elevada taxa de incidência, prevendo-se um aumento de 30% do número de pessoas com IC em Portugal Continental em 2035 e 33% em 2060. Segundo o estudo "Porthos" (2023) cerca de 700 000 mil pessoas padecem de IC em Portugal, sendo que 90% desconhece este diagnóstico. Cerca de 2/3 dos reinternamentos por IC são desencadeados por fatores evitáveis, tais como, o planeamento para a alta ineficaz, não adesão medicamentosa; acompanhamento pós alta inadequado; atraso na procura de atendimento médico em caso de agravamento; atraso no diagnóstico.

**Objetivo:** Garantir que a equipa multidisciplinar foca os pontos fulcrais na preparação para a alta do utente com IC como: Educação para a saúde; adesão medicamentosa; plano de ação pós alta; exercício físico e agendamento de consulta de *follow-up*.

**Metodologia:** Projeto piloto de acompanhamento dos utentes com IC intitulado "5 passos para a alta no utente com IC" intervindo, assim, nos fatores evitáveis.

Conclusão: A HD pretende garantir que a equi-

pa multidisciplinar se centra nos domínios abordados anteriormente, durante o internamento do utente com IC, de forma a promover uma preparação para a alta em segurança diminuindo, consequentemente, futuros episódios de reinternamento hospitalar. Assim, pela proximidade no cuidado, pretende-se atuar ao nível da Educação para a saúde, intervindo nos fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Pretende-se intervir na Adesão medicamentosa, através da desmistificação de crenças erróneas e, estabelecer um plano de ação pós alta; assegurar o agendamento de uma consulta de follow--up (HD/cardiologista/Internista/Medicina Geral e Familiar) no prazo de 7-10 dias após a alta e, por último, focar a importância do exercício físico alertando para os critérios de segurança na sua realização, desmistificando a ideia que a pessoa com doença cardíaca não pode realizar exercício físico.

### PO 15

### ESPECIFICIDADES DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO DOENTE INTERNADO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Lina Bravo; Joana Oliveira; Romina Quinteiro *Hospital Beatriz Ângelo* 

A reabilitação respiratória contribui para prevenir e tratar aspetos de desordens respiratórias, tais como, obstrução das vias aéreas com secreções, alterações da função ventilatória e dispneia. Para além disso pretende também melhorar a capacidade ventilatória no exercício. Na nossa unidade de hospitalização domiciliária (UHD), nos últimos 6 meses de atividade, tivemos um total de 87 doentes integrados, sendo que destes 33 com diagnóstico de patologia respiratória (17 com infecção respiratória, 9 com insuficiência cardiaca descompensada e 7 com tromboembolismo pulmonar). Do ponto de vista demografico, 20 do género feminino, 13 género masculino, média de idades de 52,5 anos.

O seu internamento em contexto de UHD permitiu a instituição de reabilitação respiratória com realização de planos individualizados e personalizados, com enfoque nos ensinos ao doente e familia, sendo este mais um dos beneficios do internamento em UHD. Paralelamente à reabilitação respiratória, promovemos o levante precoce, a realização de atividades de vida diaria automamente, incentivando o doente a manterse ativo, com a menor alteração possivel das suas rotinas em casa.

Realizamos várias técnicas que visam melhorar a ventilação e potenciar a reexpansão pulmonar, tais como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, expiração com os lábios semicerrados, mobilização torácica e articular, reeducação abdomino-diafragmática (seletiva ou global) e reeducação costal seletiva ou global. Utilizamos também algumas tecnicas de limpeza das vias aéreas, com o ensino da tosse e hidratação das vias aéreas. Os doentes adquirem conhecimentos e capacidades nos exercicios propostos, de forma a repetirem o programa de reabilitação ao longo do dia, mantendo-se assim mais activos. Demonstramos assim uma maior eficácia dos programas de reabilitação, uma maior adesão do doente através do reforço positivo e da autonomia do doente com supervisão da família.

### PO 16

### FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Mónica Alexandre<sup>1</sup>; Cristina Teixeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário São João

**Objetivos:** A heterogeneidade dos contextos de proveniência dos utentes e que impactam diretamente na sua saúde psicossocial e nas condições que possuem para a realização do tratamento médico em hospitalização domiciliária (HD), obriga a uma avaliação interdisciplinar

rigorosa e atempada, remetendo o assistente social (AS) para a uniformização do modelo de intervenção, que assegure em casa, ao doente e ao cuidador cuidados de saúde com os mesmos níveis de segurança do internamento convencional.

Neste contexto, ao validar os critérios sociais inerentes a esta modalidade, o AS deverá respeitar o fluxograma que auxiliará todos os profissionais da área a perceber o que de si é expectável. A visualização de tarefas permite uma análise de cada etapa de forma rápida e torna mais fácil antever e justificar as próximas etapas do trabalho, levando não apenas à diminuicão dos tempos de demora média na ativação de respostas em áreas críticas do servico social, como consolidaria as recusas por motivos sociais, contribuindo para a robustez e proliferação da HD, que poderá, no futuro, ser a primeira escolha dos utilizadores dos serviços de saúde. Métodos: O trabalho recorreu ao método de Investigação-Ação, permitindo recolha sistemática de informações sobre os procedimentos de intervenção do AS de 2 Unidades de HD que incluiu 4 etapas: identificação; planeamento; teste; avaliação do procedimento.

**Resultados:** Fluxograma da intervenção do AS no processo de admissão em HD e Fluxograma da intervenção do AS no processo de admissão entre HD.

Conclusões: A construção de um circuito com as etapas da intervenção do AS, no processo de admissão permite dotar a intervenção de rigor e objetividade. Neste sentido, uma avaliação social teoricamente fundamentada, contribui para a diminuição da taxa de retorno ao internamento convencional apenas por motivos sociais e para diminuição dos episódios de urgência. Esta uniformização permitirá igualmente melhorar os níveis de segurança do internamento de doentes provenientes de outras HD.

### P0 17

### OS NOSSOS PRIMEIROS 6 MESES

Joana Filipa de Oliveira; Lina Bravo; Romina Quinteiro Hospital Beatriz Ângelo

A hospitalização domiciliária é uma modalidade de internamento já presente em vários hospitais do país, com provas dadas no seu grande benefício para os doentes e sua melhor evolução. Apesar disso, há ainda instituições hospitalares a dar os primeiros passos na sua instalação e promoção.

Os autores pretendem apresentar os dados dos primeiros 6 meses de actividade da sua unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

Assim, no período referido foram integrados 87 doentes, 51 deles do sexo feminino, 37 do sexo masculino, média de idades de 52,5 anos. A demora média de internamento foi de cerca de 9,4 dias, não se tendo registado nenhum óbito. No entanto, houve necessidade de retorno a internamento hospitalar convencional, não programado, de 2 doentes. Um deles por acidente vascular cerebral isquémico, com activação de via verde extra-hospitalar e realização de trombólise, e outro por diagnóstico de pneumonia organizativa associada a toma de dabigatrano. A maioria dos doentes teve como servico de proveniência o servico de Urgência (42 doentes), seguido do internamento das várias especilidades hospitalares (34) e consulta externa (6 doentes); houve 3 doentes transferidos de outras UHD. 2 da unidade de cuidados intermédios e apenas um doente com referenciação directa dos cuidados de saúde primários.

Do ponto de vista nosológico, o diagnóstico de internamento mais prevalente foi o de infecções do trato urinário (22 doentes) e do trato respiratório (20), seguido dos doentes com descompensação de insuficiência cardíaca (15 doentes) e de doentes com infecções de outros locais (8). Estes 6 meses permitiram perceber que são múltiplas as patologias com possibilidade tra-

tamento de nível hospitalar no domicílio. O objetivo para os meses que se seguem continua a ser priveligear a integração de doentes directamente do servico de Urgência, fazer uma maior e melhor divulgação da UHD nos cuidados de saúde primários e estabelecer protocolos com os lares da área do nosso hospital.

### P<sub>0</sub> 18

### A SÍFILIS EM CASA

Joana Filipa de Oliveira; Lina Bravo; Romina Quinteiro Hospital Beatriz Ângelo

A sífilis é uma doença infectocontagiosa que se mantém um desafio global de saúde pública. Duas das suas complicações possíveis, a neurossífilis e a uveíte sifilítica, são passíveis de tratamento antibiótico adequado, com bom prognóstico, se instituido atempadamente.

Reportamos 3 internamentos por complicações sifilíticas em homens jovens, com inicio de terapêutica nos seus serviços de origem e posterior transferência para unidade de hospitalização domiciliária (UHD) para completar cursos de antibioterapia.

Apresentamos o caso de um jovem de 31 anos, saudável, com queixas de diplopia binocular horizontal, cefaleia holocraniana e fotofobia. Inicialmente internado com Neurologia, realizou estudo etiologico com VDRL (venereal disease research laboratory) positivo e estudo de liquido cefalo-raquidiano com identificação de anticorpo anti Treponema pallidum (TPHA). Angiotomografia computorizada de crâneo e ressonância magnética sem alterações. Assumida neurossífilis, iniciou antibioterapia com penicilina benzatinica e foi transferido para UHD para completar tratamento.

Adicionalmente reportamos o caso de dois homens jovens, 45 e 47 anos, internados em servico de infecciologia por hiperémia ocular, fotofobia e lesões cutâneas de exantema máculo-papular sem poupar plantas dos pés e palmas das mãos. Diagnóstico de secundarismo sifilítico, com atingimento cutâneo e ocular, confirmado por VDRL e TPHA positivos. Iniciaram tratamento com penicilina benzatínica e foram também transferidos para UHD aquando de confirmação de boa evolução e resposta ao tratamento instituído. Completaram 14 dias de antibioterapia com melhoria franca.

Pretendemos destacar, com esta súmula, que a Sífilis é ainda uma doença dos nossos dias com necessidade de manter elevado nível de suspeição clínica. A UHD pode ter um papel importante na gestão destes doentes, tendo em conta que após estabelecido o diagnóstico e confirmada a resposta ao tratamento, na maioria dos casos, os doentes podem completá-lo em contexto de internamento no domicílio.

### PO 19

### PICC E MIDLINE: IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO NA MANUTENÇÃO DE ACESSOS VASCULARES

Inês Branco Ferreira; Catarina Moreira; Adriana Goncalves: Rui Guedes Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Objetivos:** Avaliar a importância da formação relativa aos cuidados de manutenção dos cateteres PICC (cateter central de inserção periférica) e *midline*.

Métodos: Aplicação de um questionário composto por onze perguntas relativas aos cateteres PICC e *midline*, preenchidos por todos os participantes antes e após a formação, calculando a percentagem de respostas corretas e incorretas nos dois momentos.

Resultados: A execução do primeiro questionário permitiu detetar 3 áreas em que o nível de conhecimento era em média mais baixo do que nas restantes. A média de respostas certas neste primeiro questionário foi de 76%. As lacunas detetadas, por ordem de relevância, foram: a durabilidade de um *midline* (64% de respostas incorretas), a forma de fixação de um picc (35% de respostas incorretas) e a forma de desobstrução dos cateteres (33% de respostas incorretas). O questionário efetuado após a formação permitiu-nos perceber uma melhoria acentuada do nível de respostas certas atingindo-se um nível de assertividade de cerca de 97%, ou seja, a formação permitiu incrementar em 21% o nível de respostas certas. Se diminuirmos o espectro de análise para as 3 maiores lacunas detetadas inicialmente, o aumento de respostas certas atinqiu 43% relativamente ao inquérito inicial (mais 60%, 35% e 33% de respostas corretas nas perguntas acima identificadas, respetivamente). Conclusões: A formação e a prática adequadas desempenham um papel crucial na garantia da segurança dos pacientes e na redução de complicações associadas aos acessos vasculares. Portanto, investir em programas de formação contínua para profissionais de saúde, de forma a definir e estandardizar as ações necessárias para uma manutenção segura, eficaz e eficiente, é essencial para promover melhores resultados clínicos e a segurança do utente.

#### PO 20

## CASO CLINICO DE ARTICULAÇÃO ENTRE UMA UNIDADE DE AMBULATÓRIO E A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Margarida Soares Resendes; Carolina Morgado; Nino Coelho; Joana Neves; Flávio G. Pereira; Susana Cavadas

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

Introdução: A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) é uma modalidade de assistência hospitalar que presta cuidados a doentes com critérios de internamento e que cumprem condições para que possa ser feito no domicílio. A articulação multidisciplinar com as unidades hospitalares é fulcral de forma a evitar episódios de urgências desnecessários.

Caso clínico: Mulher, 84 anos internada em

UHD por pneumonia bacteriana a condicionar insuficiência respiratória. Durante o internamento feito diagnostico de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada de etiologia valvular (insuficiência mitral moderada) e fibrilhação auricular de novo. Após a alta encaminhada para a unidade de IC de ambulatório. Em consulta de reavaliação, um mês após alta, doente apresentava sintomatologia congestiva, radiografia torácica com padrão congestivo e derrame pleural direito e analiticamente com NT--proBNP 6599 pg/mL, pelo que foi reinternada em HD. Discutido caso em reunião de grupo de IC e optado por proceder a cardioversão elétrica. Após o procedimento, a doente ficou com insuficiência respiratória hipoxémica, com necessidade de oxigenoterapia em débitos elevados pelo que se transferiu para internamento hospitalar. Conclusão: A gestão multidisciplinar dos doenlação com os serviços de internamento de extrema importância. A articulação próxima entre

tes com IC é fundamental sendo a sua articulação com os serviços de internamento de extrema importância. A articulação próxima entre uma unidade de IC de ambulatório e a UHD é uma vantagem para os doentes, uma vez que possibilita uma abordagem precoce de doentes descompensados, podendo ser internados sem necessidade de recorrer ao serviço de urgência. Perante o agravamento clínico é essencial a boa articulação entre a UHD e as restantes unidades hospitalares, tendo, como demonstrado neste caso, resultado num melhor cuidado ao doente.

#### PO 21

## CASO CLÍNICO DE ARTICULAÇÃO ENTRE UMA UNIDADE DE AMBULATÓRIO E A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Margarida Resendes; Carolina Morgado; Nino Coelho; Joana Neves; Flávio G. Pereira; Susana Cavadas Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

**Introdução:** A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) é uma modalidade de assistência hospitalar que presta cuidados a doentes com critérios de internamento e que cumprem condições para que possa ser feito no domicílio. A articulação multidisciplinar com as unidades hospitalares é fulcral de forma a evitar episódios de urgências desnecessários.

Caso clínico: Mulher, 84 anos internada em UHD por pneumonia bacteriana a condicionar insuficiência respiratória. Durante o internamento feito diagnostico de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada de etiologia valvular (insuficiência mitral moderada) e fibrilhação auricular de novo. Após a alta encaminhada para a unidade de IC de ambulatório. Em consulta de reavaliação, um mês após alta, doente apresentava sintomatologia congestiva, radiografia torácica com padrão congestivo e derrame pleural direito e analiticamente com NT--proBNP 6599 pg/mL, pelo que foi reinternada em HD. Discutido caso em reunião de grupo de IC e optado por proceder a cardioversão elétrica. Após o procedimento, a doente ficou com insuficiência respiratória hipoxémica, com necessidade de oxigenoterapia em débitos elevados pelo que se transferiu para internamento hospitalar. Conclusão: A gestão multidisciplinar dos doentes com IC é fundamental sendo a sua articulação com os servicos de internamento de extrema importância. A articulação próxima entre uma unidade de IC de ambulatório e a UHD é uma vantagem para os doentes, uma vez que possibilita uma abordagem precoce de doentes descompensados, podendo ser internados sem necessidade de recorrer ao serviço de urgência. Perante o agravamento clínico é essencial a boa articulação entre a UHD e as restantes unidades hospitalares, tendo, como demonstrado neste caso, resultado num melhor cuidado ao doente.

#### PO 22

## IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NO CUIDADOR INFORMAL

Claudia Costa¹; Carla Azevedo²; Joana Afonso²; Lúcia Rocha²; Nuno Martins¹ ¹Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho; ²Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem (Porto)

A hospitalização domiciliária tornou-se um traço distintivo da época atual e como tal, torna-se pertinente estudar o impacto que esta pode provocar no cuidador informal, e perceber se este é positivo ou negativo. Na possibilidade da existência deste impacto, é fundamental compreender de que forma o enfermeiro pode atuar sobre este. Esta revisão da literatura tem como foco central o estudo do impacto que a hospitalização domiciliária exerce no cuidador informal. Assim, tem como principal objetivo servir como contributo para a compreensão desta questão de investigação ("Qual o impacto da hospitalizacão domiciliária no cuidador informal?"), explorando a linha teórica existente entre a hospitalização domiciliária e o cuidador informal. Como material e métodos, este é um estudo realizado através da procura de artigos relacionados com a questão de investigação já referida. Para esta pesquisa foi realizada uma colheita de artigos nas bases de dados B-on, RCAAP, Veritati e Scielo, com os descritores "hospitalização domiciliária", "cuidador informal" e "enfermagem" e os mesmos em inglês. Os resultados demonstram que existe um impacto maioritariamente negativo no cuidador informal, mas reversível com a atuação dos enfermeiros. Este impacto é provocado por vários fatores, tais como a falta de conhecimentos e capacidades do cuidador informal e a falta de uma rede de apoio.

#### PO 23

#### EFICÁCIA E EFICIÊNCIA

Rosa Nogueira; Carmen Valdivieso San José; Ana Celeste Cordeiro Pimentel; Ana Sofia Pires Nora ULSNE

Introdução: Doente de 36 anos, autónoma e casada, foi submetida a discetomia L5-C1 a 7 de maio, com internamento de 4 dias, alta para domicílio. Por um quadro complicado de sobreinfecão Staphylococcus Aureus Measures Set, foi intervencionada a 17/05/2021, internada durante dois dias, para limpeza cirúrgica e iniciou vancomicina. Admitida na unidade de hospitalização domiciliária (UHD) a 19/5. A loca da ferida cirúrgica apresentava-se com drenagem abundante, níveis de vancomicina infraterapêuticos de 2.1 após realizar 3ª dose de 1 grama, com PCR de 17 sem alteração renal. Contatado o SP-CIRA (serviço prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos) manter as doses. Visitas diárias da equipa UHD, análises frequentes para doseamento vancomicina. Níveis de vancomicina baixos de 2.1 para 1.5 aumentada a dose. Apresenta picos febris, realizado rastreio séptico (o tecido não possuía crescimento bacteriano), realizado ecocardiograma que exclui endocardite. A 26/5 foi internada novamente para desbridamento e drenagem. A 6/5 proposta para novo internamento na UHD. A 10 de Junho apresenta rash cutâneo, administrados corticóides e realizada colheita de sangue com doseamento de vancomicina. Colaboração de ortopedia, será para manter vancomicina e inicia amoxicilina + ácido clavulânico. Por não apresentar acessos venosos periféricos e 23º dia de vancomicina foi solicitada a colaboração do SPCIRA, à equipa de acessos vasculares, colocado cateter da linha média na veia cefálica esquerda, para uma maior eficácia na administração do tratamento, tendo sempre em conta o bem-estar da doente. Foi a primeira vez que se realizou este tipo de inserção de cateteres na UHD, tendo sucesso e passando a ser uma prática decorrente nesta unidade.

Aumenta dose de vancomicina para 2 gramas 12/12 horas. A 14/06 foi removido material de sutura. A 18/06 a doente em 31º dia de antibioterapia, foi discutido com SPCIRA, avaliou e referiu não necessitar de antibioterapia endovenosa. A 22/06 avaliada por ortopedia e por manter padrões inflamatórios a diminuir e ferida cirúrgica cicatrizada, alta da UHD.

**Objetivos:** Alcançar o que é desejado da melhor maneira possível e obter os melhores resultados com os recursos disponíveis.

**Métodos:** Observacional, com recurso a trabalho em equipa ao tomar decisões em conjunto essa decisão é informada, equilibrada e orientada trazendo benefícios tanto para o doente quanto para os sistemas de saúde.

**Resultado:** O desfecho clínico foi eficaz, diagnósticos corretos em tempo correto, prescrição e tratamentos corretos, acompanhamento de excelência resultou na eficiência e eficácia de toda a equipa multidisciplinar.

Conclusões: O trabalho em equipa e a uniformização de cuidados são fundamentais, é necessário a formação contínua em serviço com envolvimento de toda a equipa multidisciplinar e o incentivo na colaboração de todos os elementos foi imprescindível para estes resultados

#### P0 24

## IMPACTO DO INTERNAMENTO EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NA PROMOÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Pedro Nunes Raposo; Joana Alexandrino; Filipe Simões; Ricardo Rio; Daniela Lopes; Ricardo Pereira; Luis Silvério; Ricardo Fernandes Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** A hospitalização domiciliária (HD) propõe uma abordagem personalizada à realidade de cada indivíduo, permitindo assegurar cuidados de saúde de nível hospitalar no domicílio. A transferência do doente permite-lhe

evitar o ambiente hostil hospitalar.

**Objetivo:** Avaliar o impacto que o internamento em HD apresenta na manutenção das atividades de vida diárias (AVD) e da integridade cutânea dos doentes.

**Metodologia:** Foram selecionados aleatoriamente 150 doentes internados no ano de 2023. Avaliada a escala de barthel e a integridade da pele e mucosas no momento da admissão e da alta clínica.

**Resultados:** Pela escala de Barthel, o alimentar-se aumentou de 75,3% para 80% de independentes. O tomar banho e a higiene pessoal com a dependência a reduzir de 41,3% para 37,3% e 32,7% para 26,7% respetivamente. A transferência aumentou a independência de 56,7% para 62,7%, acompanhando igualmente a mobilidade de 57,3% para 61,3%. Na eliminação, o evacuar e o urinar tiveram respetivamente uma redução nos episódios de incontinência de 18,7% para 11,3% e de 26,7% para 18%.

Não foram sinalizadas úlceras por pressão no decorrer do internamento em UHD.

Discussão: A abordagem em contexto domiciliário potencia a autonomia dos doentes. A HD é facilitadora na reorganização das famílias no regresso a casa. O alimentar-se, tomar banho e a higiene pessoal beneficiam da disponibilidade de cuidador e famílias, adaptação de infraestruturas ou até mesmo dispositivos de apoio disponíveis. A transferência e a mobilidade viram os seu scores melhorados pela reinserção dos indivíduos no seu meio habitual, o evacuar e urinar melhoraram pelo incentivo e disponibilidade dos indivíduos recorrerem à casa de banho dos seus domicílios. Nas patologias cirúrgicas, a remoção da sonda vesical potenciou o aumento de continentes no momento da alta. Na amostra selecionada verifica-se que a exigência de cuidados, assim como o número diário de visitas estabelecidas foram adequadas para manter a integridade cutânea.

**Conclusão:** O internamento em HD permite manter o doente no seu contexto habitacional, social e familiar, facilitando uma gradual promoção da autonomia nas AVD e consequentemente aumento na satisfação dos doentes e famílias.

#### PO 25

## SATISFAÇÃO MÉDICA NO ESTÁGIO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Elvis Arias Guevara; Daniel Guilherme; Marta Soares; Raquel Espadaneira; Rui Saramago; Gilberto Martins; Ana Peres; Ana Emidio; Ricardo Martins; Ursula Barradas; Maria Costa; Fernando Palhim; Vitória Cunha; Francisca Delerue Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** Atualmente os avanços na hospitalização domiciliária têm tido grande influência no crescimento da cobertura dos cuidados de saúde

A qualidade do atendimento oferecido nas unidades de hospitalização domiciliária é essencial no sentido de proporcionar satisfação ao doente e à equipa assistente, fazendo com que este tipo de internamento seja uma eleição atrativa para o utente e para os profissionais envolvidos nestes cuidados.

A formação médica é um dos pilares fundamentais para a expansão da hospitalização domiciliária, pelo que os estágios médicos podem vir a constituir uma mais-valia neste processo.

**Objetivo:** Avaliar e identificar o nível de satisfação médica no estágio de hospitalização domiciliária numa unidade em Portugal.

**Metodologia:** Aplicação de um inquérito de satisfação online e anónimo aos médicos que realizaram o estágio de formação na unidade de hospitalização domiciliária, com duração superior a uma semana.

**Resumo:** Foram identificados 24 Médicos que realizaram o estágio de formação na unidade desde janeiro de 2021 até maio de 2024, com 22 envios do inquérito.

Dos participantes, 69,23% são do género fe-

minino e 30,77% masculino. A faixa etária de 30 a 35 anos teve maior representação com 69,23%. O 69,23% dos participantes tiveram conhecimento do estágio por outros colegas, e 15.38% por estágio obrigatório. O 53.85% dos participantes considerou o estágio como muito importante e o 46,15% como importante. Todos os participantes consideraram como atingidos os objetivos do estágio.

As relações medico-doente e enfermeiro-estagiário foram consideradas como excelentes por todos os participantes.

A relação médico-estagiário foi considerada excelente em 92.31% dos participante e boa em 7.69%.

O 92.31% considerou estar muito satisfeito com o estágio e 7,69% considerou estar satisfeito. Todos os participantes recomendariam o estágio. **Conclusão:** O estágio de hospitalização domiciliária constitui uma mais-valia na formação médica, permitindo um primeiro contacto com o doente na sua zona de conforto. Este inquérito permitiu evidenciar um alto nível de satisfação, o que permitiria uma maior adesão médica a este tipo de cuidados.

#### PO 26

## SER DIFERENTE EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Paula Catarina Pires Martins Das Neves; Bárbara Saraiva Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais. Numa lógica de proximidade e humanização dos serviços, cada vez mais vemos o cidadão como o centro do sistema e é nesse sentido que a prestação de cuidados se tem vindo a reorganizar de modo a reduzir as desigualdades. Sendo a humanização de cuidados um dos objetivos da hospitalização domiciliária, torna-se evidente que as populações de risco e mais vulnerá-

veis, deverão ser uma prioridade por parte das equipas, num ambiente tão hostil como o é o ambiente hospitalar. Os autores apresentam os dados referentes aos internamentos de populações especiais ao longo dos últimos 3 anos de actividade.

Resumo: durante este período foram internados 21 doentes (5% do total de doentes admitidos) com características especiais (5 doentes com défice cognitivo grave, 6 com paralisia cerebral, 4 com paraplegia secundária a lesões medulares, 3 com S. Down, 2 com doença neuro-muscular e 1 doente proveniente da Índia sem compreensão da língua portuguesa). Destes. 13 doentes eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino, sendo a idade média de 53.43 anos. A guase totalidade dos doentes (19 doentes) apresentava algum grau de dependência (9 totalmente dependentes). Dezasseis doentes residiam em domicílio próprio com cuidador em permanência e 5 doentes estavam institucionalizados. Dez doentes foram provenientes do serviço de Urgência, 7 doentes do Internamento e os restantes da consulta externa. Setenta por cento dos doentes foram internados por patologia infecciosa com necessidade de antibioterapia. A duração média do internamento foi de 13.83 dias, não se tendo verificado complicacões em nenhum destes doentes. Em 9 doentes foi detectada disfagia com necessidade de ensinos relativos à alimentação e 13 doentes beneficiaram de reabilitação. Todos os doentes tiveram alta não se verificando re-admissões às 72 horas.

**Conclusão:** com este trabalho os autores pretendem salientar a importância das Unidades de hospitalização domiciliária no tratamento de populações especiais, nas quais um internamento hospitalar acarreta diversas consequências quer físicas quer emocionais, muitas vezes com repercussões familiares. O tratamento destes doentes num ambiente que lhes é familiar, per-

mite não só a redução de carga negativa associada ao internamento como ainda a melhoria do nível de cuidados prestados pelos cuidadores a estes doentes.

#### PO 28

## INTERNAMENTO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Sara da Costa Fontainhas: Bárbara Baptista: Maria Inês Bertão; Alexandra Nascimento; Ricardo Rocha Gomes: Patrícia Amaral de Almeida: Ana F. Batista; Pilar López; Abilio Gonçalves Hospital Distrital da Figueira da Foz. EPE

A insuficiência cardíaca (IC) afeta 2% da população. A sua crescente prevalência deve-se a fatores como o envelhecimento, aumento da prevalência de fatores de risco e aos avanços terapêuticos. A mortalidade aumenta com a gravidade da classificação NYHA (New York Heart Association). Na classe I/II, a mortalidade a 1 ano é de 10%, e na classe III/IV é de 60%. Estudos mostram que a hospitalização domiciliária (HD) pode reduzir a mortalidade e os reinternamentos. além de melhorar a qualidade de vida dos doentes e otimizar os recursos de saúde.

**Objetivo:** Caracterização de uma amostra de doentes internados por IC na HD de um hospital distrital durante 5 anos.

**Método:** Análise retrospetiva dos internamentos em HD decorridos entre janeiro de 2019 e setembro de 2023 por IC, com caracterização demográfica e fenotípica, proveniência, identificação de fatores etiológicos e de descompensação, destino de alta e reinternamentos.

Resultados: Foram internados por IC 73 doentes (12.9% do total de internamento em HD). 52% eram mulheres e a idade média de 82.6 anos. A maioria teve origem no servico de Urgência (64%) e no internamento (32%). As etiologias da IC mais frequentes foram a doença valvular (27%), hipertensiva (29%), arritmias (18%) e cardiopatia isquémica (14%). Feno-

tipicamente 53% dos doentes apresentavam fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada, 25% reduzida e 22% sem estratificação. Foram identificados fatores de risco como a hipertensão arterial (77%), dislipidemia (63%), diabetes mellitus (47%), obesidade (34%) e tabagismo (18%), bem como, fatores de descompensação (46%), nomeadamente intercorrências infeciosas (34%), anemia (3%), hipotiroidismo (3%), taquiarritmias (3%), hemorragia digestiva (1%) e doenca renal crônica agudizada (1%).

Cerca de 89% tiveram alta encaminhados para os cuidados de saúde primários, 7% para consulta hospitalar e 3% para hospital de dia. Faleceu 1 doente durante o internamento e 12% foram reinternados aos 30 dias. A taxa de mortalidade após internamento foi de 7% aos 30 dias, já nos doentes de Classe III/IV foi de 30% em 1 ano.

Conclusão: Com este estudo, os autores pretendem mostrar que a HD é uma alternativa viável e eficaz ao internamento convencional para doentes com IC, com potencial de reduzir a mortalidade e os reinternamentos, levando a uma otimização dos recursos de saúde.

#### PO 29

## CASUÍSTICA DA UMA UNIDADE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: RESULTADOS, IMPACTOS E TENDÊNCIAS

Ludmila: Alexandra Maria da Silva Ferreira: Humberto Ferreira; Nuno Vieira Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital

A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) proporciona cuidados de saúde no domicílio da pessoa, reduzindo internamentos prolongadas e promovendo um ambiente de recuperação mais confortável. A divulgação da casuística desta unidade não só melhora a prática clínica, mas também partilha os resultados com outras unidades semelhantes para comparação e benchmarking, ajudando a evoluir continuamente. Objetivo: Analisar a casuística dos doentes integrados numa UHD no último ano de modo a retratar o impacto e a tendência dos resultados. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico com abordagem retrospetiva. Analisou-se a casuística de todos os internamentos compreendidos entre janeiro a dezembro de 2023, colhidos dados diagnósticos GDH (grupo de doencas homogenias), financeiros, desfechos clínicos e satisfação dos doentes. Resultados: Dos 322 doentes internados, 56 encontravam-se institucionalizados nas ERPIs protocolizadas. Em relação ao ano transato, constatou-se um aumento em 5%. O perfil do doente integrado apresenta: média de idade de 68,8 anos e um grau de dependência na satisfação das suas atividades de vidas diárias moderado a elevado. Maioritariamente com grau de severidade 2 e 3, conforme os GDHs. 234 doentes foram de foro médico e restantes cirúrgicos. Demora média de internamento de 10.2 dias. A UHD apresentou uma poupança de 52 %, 96% dos doentes relataram elevada satisfação com o servico.

Os resultados indicam que a UHD é eficaz na gestão de condições agudas e crônicas agudizadas e na redução das readmissões hospitalares. A alta taxa de satisfação sugere que os doentes valorizam a possibilidade de receber cuidados em casa. Além disso, a análise de tendências ao longo do período do estudo revela melhorias contínuas nos processos de atendimento e nos resultados clínicos. Os mesmos demonstram que a unidade analisada é um serviço polivalente de alta complexidade, com elevada performance assistencial.

**Conclusão:** A UHD continua a oferecer um atendimento de excelência e sustentável, como alternativa viável e eficiente para a hospitalização tradicional. Além dos benefícios clínicos, a

HD melhora a qualidade de vida dos doentes. Dada a eficácia comprovada e os impactos positivos observados, recomenda-se a expansão do programa para aumentar a acessibilidade da população a cuidados de saúde diferenciados no ambiente domiciliário. A expansão do programa deve focar em: aumento das vagas, parcerias e colaborações, ampliar os recursos e implementar tecnologias avançadas para monitorização remoto e comunicação, permitindo um atendimento mais eficiente e integrado.

#### PO 30

## AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES: UMA COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES CONTEXTOS DE INTERNAMENTO

Josiana Duarte; Saul Mendes; João Barros; Mónica Silva; José Brasil; Susana Pereira; Luís Matos; Cátia Filipe; Ana Santos e Silva; Rodrigo Morgado; Leonor Gama; Henrique Rita *Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE* A satisfação dos doentes é um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde, traduzindo um complexo fenómeno psicossocial caraterizado pelas expectativas dos doentes, o produto dos cuidados de saúde, as experiências no sistema de saúde e as maiores ou menores expectativas do doente relativamente à sua cura ou recuperação.

A evolução das sociedades, também influenciada pela globalização, teve naturalmente implicações ao nível dos cuidados, com doentes cada vez mais informados e exigentes.

Com este estudo os autores pretendem comparar o grau de satisfação dos doentes internados em hospitalização domiciliária (HD), enfermaria de medicina (EM) e serviço de Urgência (SU). Os autores criaram um questionário de satisfação que inclui avaliação do atendimento, conforto e ambiente, facilidade de acesso e comunicação

Trata-se de um estudo retrospetivo em que foram selecionados doentes internados em HD,

e impacto no bem estar e satisfação geral.

EM e SU aleatoriamente. O questionário foi aplicado maioritariamente aos doentes que estiveram internados, mas também aos seus familiares e/ou cuidadores naqueles impossibilitados de responder ao questionário.

Obtivemos uma amostra de 69 doentes, 33 do sexo feminino (48%), com uma média de idades de 73 anos (mín 35, máx 95) e índice médio de Charlson de 5. Um dos doentes não foi elegível por nem o doente, nem o cuidador estarem disponíveis para responder ao questionário.

No grupo da UHD os doentes mostraram-se globalmente mais satisfeitos quer no que diz respeito ao acesso às informações clínicas, conforto e privacidade como no impacto positivo que o internamento teve no bem estar emocional do doente. De salientar que a maioria desses doentes referiu sentir-se mais seguro em casa do que no hospital. Relativamente ao subgrupo da EM os principais pontos de insatisfação prenderam-se com o conforto do local do internamento, privacidade e pouco impacto positivo do internamento no bem-estar da pessoa. No grupo do SU para além da insatisfação com conforto e privacidade, houve também vários doentes que verbalizaram dificuldade em obter informações clínicas iunto da equipa de saúde, mas ainda assim a majoria destes doentes referiu sentir-se mais seguro a nível hospitalar.

O bem-estar emocional e físico é decisivo não só na recuperação do doente, como também constitui um fator importante na adesão ao tratamento.

A HD tem na sua génese ser um projeto centrado no doente, mais humanizado e com maior disponibilidade do doente e família para adquirirem conhecimentos sobre a sua doença, bem como da melhor abordagem terapêutica, potenciando as capacidades de gestão da sua situação clínica atual e futura.

Será sempre importante avaliarmos a perspetiva do doente. A HD poderá constituir-se como

um exemplo a seguir pelos internamentos convencionais, na tentativa de melhorar a satisfação e consequentemente adesão terapêutica dos doentes.

#### PO 31

cardíaca (IC).

## O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Isabel Almeida¹; Anabela Santos¹; Cláudia Costa¹; Floripes de Oliveira Paiva²; Lea Pedrosa¹; Paulo Couto¹; Ricardo Costa Melo² ¹Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho; ²Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa Objetivo: Descrever as intervenções utilizadas pelos enfermeiros especialistas para promover o autocuidado em pessoas com insuficiência

**Introdução:** As pessoas com IC deparam-se com obstáculos no seu autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento acerca da gestão da doença e dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (While & Kiek, 2009).

A Organização Mundial de Saúde define o autocuidado como as habilidades dos indivíduos, famílias e comunidades em promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e em lidar com a doença ou a incapacidade (WHO, 2022). O enfermeiro tem um papel fundamental para a promoção do autocuidado que se caracteriza pelas intervenções centradas na pessoa (Nascimento *et al.*, 2019).

**Metodologia:** Revisão narrativa da literatura. Foram consultadas as bases/bancos de dados CINAHL Complete e Google Académico, com recorte temporal de 2019 a 2024. Os artigos de reflexão, *guidelines*, protocolos de pesquisa, artigos repetidos foram excluídos, tendo sido incluídos os artigos que se relacionavam diretamente com a temática. Utilizaram-se os descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH): "enfermeiro especialista"; "autocuidado"; "in-

tervenções de enfermagem" e "insuficiência cardíaca", associados por meio do operador booleano "AND".

Resultados: A intervenção do enfermeiro especialista melhora a adesão ao regime terapêutico e reduz o número de internamentos (Miguel *et al.*, 2023), é importante para a gestão do autocuidado (Nascimento *et al.*, 2022). De salientar a importância das intervenções de enfermagem no que se refere à gestão do autocuidado à pessoa com IC, pautada na construção de conhecimento e capacitação para a autonomia (Nascimento *et al.*, 2022). Como resultado temos a redução no número de readmissões por IC descompensada (Araújo *et al.*, 2020).

**Conclusão:** A promoção do autocuidado é fundamental para a gestão eficaz da IC. Os enfermeiros especialistas são os profissionais que melhor desempenham esse papel. A sua intervenção baseia-se na educação para a saúde e suporte pessoal/familiar.

#### PO 32

## CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR PARA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS, GLICEMIA CAPILAR E SATURAÇÃO PERIFÉRICA

Teresa Cristina Vieira Conde¹; Anabela Pereira¹; Paulo Graça¹; Mecia Calado¹; Sonia Malaca² ¹Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / unidade de Torres Novas; ²Hospital Distrital Santarém

A hospitalização domiciliária tem vindo a ganhar cada vez mais relevância como uma alternativa viável e eficaz ao internamento convencional, para a prestação de cuidados de saúde.

Um dos elementos cruciais na hospitalização domiciliária é a existência de um cuidador informal, que irá desempenhar um papel fundamental nos cuidados a prestar. O objetivo deste trabalho é mostrar a importância da capacitação dos doentes seus cuidadores para a correta avaliação dos sinais vitais, garantindo a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

A avaliação de sinais vitais, onde se incluem a frequência cardíaca, a pressão arterial, a temperatura corporal, a frequência respiratória e a dor, e de parâmetros como a glicemia capilar e saturação de oxigénio periférica, é fundamental para uma adeguada monitorização do estado de saúde do utente e deteção precoce de gualquer deterioração. Estes parâmetros monitorizam a função neurológica, circulatória e respiratória, que podem indiciar alterações mais ou menos críticas. Quando esta avaliação é realizada corretamente e com regularidade, o cuidador informal pode tornar-se fundamental no processo de detecão e alerta precoce de possíveis complicações. No entanto, para desempenhar esta função da forma mais competente possível, os cuidadores informais devem ser devidamente capacitados para esta avaliação. Isso inclui não apenas conhecimento teórico sobre os diferentes parâmetros vitais e os valores considerados normais. mas também habilidades técnicas para realizar avaliações precisas e interpretar os resultados de forma adequada. Esta capacitação não só contribui para a segurança e o bem-estar do utente, como também pode promover a confiança e a qualidade da relação entre o utente, o cuidador e a equipa de saúde, desempenhando assim um papel crucial na hospitalização domiciliária, garantindo uma prestação de cuidados eficaz, segura e centrada no utente.

Investir na formação e no suporte desses cuidadores é essencial para o sucesso deste modelo de cuidados de saúde e para melhorar a qualidade de vida dos utentes que optam pelo internamento no seu domicílio.

#### PO 33

## ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO E ESTADO NUTRICIONAL EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Vera Bessa¹; Francisca D´Eça Rodrigues¹; Bruno Oliveira²; Lindora Pires¹; Isabel Gomes¹ ¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

**Objetivo:** Verificar a taxa de adesão ao padrão alimentar mediterrânico (PAM) de doentes internados em regime de hospitalização domiciliária (HD) e caracterizar o seu estado nutricional.

**Métodos:** Um estudo observacional descritivo foi realizado entre Fevereiro e Abril de 2024 na unidade de HD de uma unidade local de saúde do norte de Portugal. Recorreu-se ao questionário PrediMed para apurar a adesão ao PAM. Recolheram-se dados antropométricos — altura reportada, peso e perímetro do braço (PB) - com recurso a balança analógica e fita métrica SECA® e calculou-se a média entre 3 medições da força de preensão da mão (FPM), usando o dinamómetro *jamar plus digital patterson medical*®.

Resultado: A amostra incluiu 63 doentes (58,7% género masculino) com idade média de  $65.2 \pm 15.9$  anos. Observou-se um valor médio de IMC de 26,2 ± 5,0 kg/m2 e um valor médio de PB de  $28.7 \pm 3.4$  cm. A média de FPM obtida foi de  $28.5 \pm 9.2$  kg em homens e 17.0± 6,5 kg em mulheres, sendo que 17,5% das mulheres apresentaram FPM inferior a 16 kg e 25,4 % dos homens inferior a 27 kg, sendo estes valores sugestivos de risco de desenvolvimento de sarcopenia. Os homens têm FPM significativamente superior. Indivíduos mais jovens e com maior PB apresentam valores superiores de FPM. Aferiu-se que 28,6% da amostra tem taxa de adesão baixa ao PAM (pontuação <5) e apenas 11,1% apresenta adesão alta, sendo a adesão superior nos mais velhos. Apurou-se que os que apresentam maior adesão ao PAM tendem a ter valores superiores de FPM, embora esta relação não apresente significado estatístico.

Conclusões: Os doentes apresentam uma baixa adesão ao PAM, pelo que parece preponderante aumentar a literacia alimentar, uma vez que esta promove manutenção de um bom estado de saúde. A otimização do estado nutricional é crucial, já que os indivíduos apresentaram valores de FPM baixos e, de acordo com o european working group on sarcopenia in older people 2 (EWGSOP2) a força muscular é o parâmetro primário a ser avaliado no risco de desenvolvimento de sarcopenia.

#### PO 34

## HD NO FUTURO: CUIDAR E TRATAR O DOENTE REDUZINDO A PEGADA CLIMÁTICA

Olga Gonçalves; Marta Barbedo; Isabel Almeida; Lea Pedrosa; Albina Moreira; Marta Monteiro Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Um dos objetivos da hospitalização domiciliária (HD) é promover a literacia em saúde de doentes e cuidadores. Temas a abordar são inquestionavelmente a emergência ecológica, a sua relação com a saúde e as formas de combater a pegada climática.

**Proposta:** Identificação do grau de literacia sobre a temática no âmbito da HD. Construção de um plano estratégico para as UHD neste domínio.

**Objetivos:** 1: avaliar nível de conhecimentos dos profissionais da HD. 2: avaliar conhecimentos de doentes e cuidadores. 3: propor ações concretas que se desenrolem a nível nacional, prevendo seu impacto, de acordo com resultados. 4. Elaborar um plano estratégico a três anos.

**Metodologia:** realização de inquéritos, específicos para profissionais, doentes e cuidadores, que determinem o nível de conhecimentos. Constatadas as principais lacunas, será cons-

truída uma lista de verificação das tarefas/ ações a desenvolver num período de seis meses. Obtidos os resultados desta primeira fase, elaboração de um plano estratégico, de cariz transversal na HD, com duração de três anos, e de impacto calculado.

Cronologia proposta: Lançamento dos inquéritos – setembro a dezembro 2024; elaboração das ações concretas 1º trimestre de 2025; desenvolvimento das mesmas – abril a setembro de 2025; lançamento do plano estratégico para 3 anos – Janeiro de 2026.

Resultados pretendidos: Experienciar no terreno a viabilidade de sucesso de algumas medidas que já estão a ser implementadas; propor no quotidiano das UHD práticas e condutas "amigas do ambiente"; promover no domicílio dos doentes procedimentos que combatam efetivamente a emergência climática e contribuam para melhor saúde pessoal e global.

#### PO 35

## A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA VS. INTERNAMENTO CONVENCIONAL

Joana Rita Pereira; Celso Marvão; Catarina Mendonça; Fernanda Henriques; Gabriela Peixoto; Helga Rosário; João Caeiro; Luís Diaz; Madalena Barroso; Rita Domingos: Tânia André

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

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 e a prestação de cuidados seguros de saúde, a participação ativa de todos os intervenientes no processo de cuidar e o empoderamento da pessoa doente e cuidadores. Em resumo é um indicador positivo da gestão hospitalar e do serviço nacional de saúde (SNS). O internamento convencional deve ser considerado como uma opção de última linha, onde devem ser assistidas todas as pessoas que não

possam usufruir dos cuidados de saúde em ambulatório ou domiciliário, seja pela sua situação crítica ou por critérios de acessibilidade.

A sustentabilidade do SNS é um tema atual dada a escassez de recursos, é fundamental diminuir os custos em saúde e melhorar a sua adequação, eficácia e eficiência aquando da prestação de cuidados, tornando-se assim a HD como um dos serviços que podem contribuir para a eficiência das organizações de saúde em Portugal.

**Objetivo:** Analisar o movimento assistencial e custos de uma HD durante os últimos 5 anos.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospetivo, entre 20/05/2019 e 31/05/2024, com recurso ao Excel <sup>®</sup>, para a análise de dados recolhidos através do questionário de satisfação dos utilizadores do serviço e ainda os dados recolhidos na contabilidade do departamento de Medicina, considerando como indicadores recursos humanos, alimentação, dispositivos médicos, terapêutica e transporte.

Resultados: No período em estudo foram assistidas 1119 pessoas em internamento em HD, sendo que a média de doentes saídos é de 19 por mês. Quanto à sua proveniência destacam--se os serviços de Medicina Interna, Senologia, Cirurgia e Urologia. Os principais motivos de internamento relacionam-se com a administração de antibioterapia endovenosa, seguindo-se o tratamento de feridas complexas. Relativamente aos custos foi possível perceber que o custo por episódio de internamento em HD foi de 1435,25€ enquanto o internamento em enfermaria de Medicina Interna foi de 1649,39€ (dados referentes ao ano 2022). Importa ainda referir que o grau de satisfação das pessoas doentes utilizadoras do serviço é superior a 98% e 100% recomendaria este servico a familiares e amigos.

**Conclusões:** A HD foi considerada mais custo-efetiva comparativamente ao internamento

convencional, o grau de satisfação dos utilizadores é elevado e a prestação de cuidados seguros é assegurada garantido ganhos em saúde através da humanização/personalização dos cuidados, prevenção de infeções, diminuição dos episódios de delirium na população idosa, prevenção de feridas crónicas ou ainda diminuição dos episódios de quedas. É ainda possível investir na admissão de mais pessoas provenientes do serviço de urgência bem como dos cuidados de saúde primários, sendo talvez este um dos desafios das Unidades Locais de Saúde.

#### PO 36

## MIRM – MANIFESTAÇÃO DERMATOLÓGICA DE INFEÇÃO POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

Morgana Alves; Carmen Valdivieso; Miriam Blanco; João Morais Lopes; Maria João Castro; Ana Rita Vila Silva; Eugénia Madureira Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo)

Introdução:M 25% das infeções por *Myco-plasma pneumoniae* (Mp) têm manifestações extrapulmonares. "*Mycoplasma-induced rash and mucositis*" (MIRM) carateriza-se por lesões cutâneas dispersas (*vesiculobulhosas* ou maculopapulares, não confluentes, com atingimento preferencial dos membros) e mucosite em doentes com pneumonia por Mp.

Caso clínico: Homem, 33 anos, sem antecedentes relevantes, medicação habitual ou alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de Urgência por quadro de febre, hipersudorese, cefaleias e tosse com 7 dias de evolução. Apresentava elevação de parâmetros inflamatórios [neutrofilia e linfopenia relativas, proteína C reativa: 17,78 mg/dL], insuficiência respiratória hipoxémica e múltiplos infiltrados no Raio-X de tórax. A tomografia computorizada do tórax revelou pneumonia bilateral. Colheu rastreio sético, iniciou antibioterapia (ATB) empírica [amoxicilina/ácido

clavulânico (AAC) e azitromicina] e propôs-se hospitalização domiciliária. À avaliação da equipa, identificou- se um *rash* (afetação inguinal, flexura braço direito e dorso dos pés) que se atribuiu a toxicodermia; foi trocada a ATB (AAC para ceftriaxona). Por agravamento do rash (pruriginoso, maculopapular, atingindo praticamente toda a superfície corporal exceto palmas, plantas e face), foi novamente trocada ATB para levofloxacina. O exame da expetoração revelou *polimerase chain reaction* (PCR) positiva para Mp. Foi assumido MIRM e iniciada corticoterapia. O doente teve boa evolução clínica e analítica, com resolução da insuficiência respiratória e desaparecimento progressivo das lesões.

**Discussão:** Este caso salienta a importância de pensar noutras etiologias de *rash* que não apenas a toxicodermia a fármacos, sobretudo em doentes com infeção por Mp. O MIRM é mais comum em crianças mas também ocorre em adultos jovens; 66% são homens. O tratamento implica suporte e analgesia; pode ser considerada corticoterapia ou imunoglobulina nos casos mais graves.

#### PO 37

## HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA: UMA REALIDADE NO PRESENTE

Henrique Cerveira; Daniela Olívia Gomes; Jorge Almeida; Inês Branco Ferreira; Helena Moreira; Marta Valentim Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A hospitalização em regime domiciliário (HDom) é uma alternativa ao regime convencional de internamento em enfermaria que permite uma melhor gestão dos recursos de saúde, atendimento individualizado em ambiente de conforto para o utente e redução dos riscos inerentes ao internamento hospitalar.

Materiais e métodos: *Coorte* retrospetiva randomizada de 26 doentes internados entre janeiro-maio 2024, sendo 13 admitidos em regime

de HDom e 13 em internamento no serviço de Medicina Interna (SMI). Análise estatística realizada em SPSS com recurso ao teste de Pearson, com intervalo de confiança de 95%.

Resultados: O grupo HDom apresentavam uma média de idade de 76 anos frente ao de SMI de 78,92 anos. População pluripatológica com destague para antecedentes de: hipertensão arterial (18), diabetes mellitus tipo 2 (9), demência (8), patologia oncológica (8) e insuficiência cardíaca (8). A análise comparativa entre os dois grupos teve aleatorização dos casos por diagnóstico primário à alta, sendo o mais prevalente a patologia infeciosa (pneumonia e pielonefrite). O principal motivo de referenciação para HDom foi a necessidade de continuidade de antibioterapia (12), seguida de oxigenoterapia (4). Dos doentes hospitalizados, 2 apresentaram síndrome confusional e pneumonia de aspiração como intercorrências no internamento, o que não se verificou na outra modalidade. Nenhum doente em regime HDom foi readmitido, em contraste com o outro grupo, em que 2 doentes foram reinternados após 20,5 dias. Quando comparados os dois grupos, parece haver correlação entre a idade e o óbito nos doentes em HDom (t = 0.078, p = 0.799), com resultados não estatisticamente significativos (HDom t = -0.221, p = 0.468; domicílio t = -0.079, p = 0.797).

Discussão/Conclusão: A HDom é uma opção que beneficia a redução de complicações inerentes ao internamento, registando-se também menos readmissões, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos. Um aumento da amostra poderá reforçar os dados estatísticos obtidos.

#### PO 39

# INFECÇÃO POR *CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE*NA COMUNIDADE: UMA REALIDADE EMERGENTE EM PORTUGAL?

Carolina Monteiro; Vasco Tiago; Ana Brito; Rui Osório; Marta Fonseca; Fernando Aldomiro Hospital Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A infeção por Clostridoides difficile (ICD) é classicamente associada aos cuidados de saúde, ocorrendo em doentes idosos, internados ou com internamentos recentes e com exposição recente a antibioterapia. No entanto, as infeções adquiridas na comunidade têm vindo a crescer, incluindo em Portugal, sendo que cada vez mais são observadas infeções em doentes sem os fatores de risco tradicionais.

**Objetivos:** Caracterizar a população adulta não idosa com ICD adquirida na comunidade tratada numa unidade de hospitalização domiciliária entre Janeiro e Dezembro 2023 e identificar fatores de risco não tradicionais para ICD nestes doentes.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo retrospetivo observacional realizado a partir de dados do processo clínico dos doentes e fornecidos telefonicamente pelos doentes. Neste estudo foram excluídos doentes com mais de 65 anos e/ou com factores de risco clássicos para ICD (internamento, institucionalização ou exposição a antibioterapia nos 3 meses prévios ao diagnóstico de ICD).

**Resultados:** A amostra do estudo incluiu 9 doentes, que apresentavam uma idade média de 38 anos (mínimo 18, máximo 52 anos) e na sua maioria um Índice de Charlson menor ou igual a 1 (n = 8), verificando-se uma predominância de doentes do sexo masculino (n = 6). Da análise de fatores de risco, verificou-se que mais de 50% dos doentes apresentava contacto frequente com animais (n = 5), 22% apresentava imunossupressão (n = 2), 22% referiu permanência prévia recente em espaços

com elevada concentração de pessoas (n=2) e 22% referiu consumo de águas e alimentos potencialmente contaminados (n=2). Num dos casos, efectuou-se diagnostico de doença inflamatória intestinal à posteriori. Nenhum dos doentes trabalhava em instituições de saúde, estruturas residenciais para pessoas idosas ou em instalações de agro-pecuária.

Conclusão: O diagnóstico de casos de ICD adquirida na comunidade tem sido cada vez mais frequente e é necessária uma elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico. O conhecimento dos fatores de risco específicos para ICD neste contexto pode ser determinante, permitindo um diagnóstico e tratamento mais precoces.

#### PO 40

## ATIVIDADE DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA - INDICADORES DE QUALIDADE

Ana Catarina Brito; Rui Osório; Marta Fonseca; Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A hospitalização domiciliária consiste na prestação de cuidados a doentes agudos no domicílio. É mais centrado no doente e familiares, traz a redução de infeções nosocomiais e diminuição de acamamento, e permite uma abordagem mais direcionada e personalizada. Os doentes integrados são na maioria idosos, com elevada prevalência de doenças crónicas e diversas patologias. O objetivo deste trabalho é caracterizar a atividade de uma unidade de hospitalização domiciliária (UHD) analisando alguns indicadores de qualidade.

Foram recolhidos dados dos registos informáticos e programa de gestão, referentes a 1 ano de atividade (2023), numa unidade com 10 camas. As variáveis incluídas foram: demora média; número de retornos, número de avaliações; número de visitas não programadas (médicas e de enfermagem). Foram analisados questioná-

rios de satisfação dos utentes e foi efetuado um questionário de satisfação do colaborador desenhado pelo serviço de qualidade e segurança. Foram referenciados 766 doentes e efetuadas 863 avaliações (113%). Admitimos 345 doentes, com demora média de 9.16 dias. Foram feitas 3477 visitas, 10% foram não programadas, que resultaram em 6.1% de retornos.

Recebemos 146 respostas ao questionário de satisfação dos utentes, 90% mostrou-se muito satisfeito com o serviço prestado e 10% satisfeito. Quanto à importância dada aos seus problemas, 77.4% estava muito satisfeito, 15.75% estava satisfeito, 0.68% nada satisfeito, 6.16% não respondeu. Quanto ao envolvimento da família nos cuidados, 73.29% estava muito satisfeito, 15.75 satisfeito, 0.68% nada satisfeitoe 6.16% não responderam.

O questionário de satisfação dos profissionais foi realizado a 14 colaboradores. Quando colocada a afirmação "Estou satisfeito em trabalhar no meu serviço", as respostas foram: 8 concordo, 5 concordo totalmente, 1 não concordo nem discordo. À afirmação "Existe sentido de cooperação, entre-ajuda e espírito de equipa no meu serviço" as respostas foram: 6 concordo, 5 concordo totalmente e 2 não concordo nem discordo. À afirmação "Estou satisfeito em trabalhar no hospital" as respostas foram: 9 concordo, 3 concordo totalmente, 1 discordo.

Portanto, todos os doentes referenciados foram avaliados, alguns mais do que uma vez. A percentagem de retornos é relativamente baixa, o que reflete a preocupação em admitir doentes estáveis e a pouca ocorrência de complicações. A demora média registada é ligeiramente mais baixa do valor a nível nacional (9.7 dias). A percentagem de visitas não programadas pode dizer-se sobreponível ao valor nacional (9.1%). Estes dados refletem que esta UHD se insere no exercício expectável do observado em Portugal. Os questionários de satisfação dos utentes

mostraram que estes estão, na sua maioria, muito satisfeitos com o serviço, com a abordagem dos profissionais e com o envolvimentos dos familiares.

Os colaboradores mostraram-se muito satisfeitos com a UHD e hospital.

#### P<sub>0</sub> 41

## HIPOCALCEMIA CRÓNICA PÓS CIRÚRGICA PERSISTENTE: DA CONSULTA EXTERNA À HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Luzia Bismarck; Pedro Avelar; Manuel Ribeiro; Marina Coelho; Tiago Mascarenhas; Rita Marques; Ana Costa

Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Introdução: A hipocalcémia crónica pós cirúrgica, ocorre após um período maior de 6 meses pós-cirurgia, sendo a deficiência de vitamina D e magnésio fatores de risco associados. Geralmente associada hipoparatiroidismo adquirido, cuja incidência após cirurgia crevical anterior é de 8 em cada 100 casos e em que 75% dos casos são transitórios e 15% permanentes.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, autónoma, com hipotiroidismo por tiroidectomia total há cerca de 10 anos, sob levotiroxina; fibrilhação auricular sob apixabano. Foi referenciada à consulta Externa de Medicina Interna por hipocalcémia persistente apesar da suplementação.

À admissão na consulta referia mialgias, cãibras, fadiga, parestesias nas extremidades inferiores e superiores. À observação: PA 120/60 mmHg; FC 57 bpm, ascultação cardiopulmonar sem alterações, sinal de Chvosket positivo e Trousseau negativo. Laboratorialmente a destacar: hipocalcémia com calcio corrigido de 5,9 mg/dL e com calcio ionizado de 0,88 mmol/L, hipomagnesémia de 1,5 mg/dL, hiperfosfatémia de 5,7 mg/dL hipopartiroidismo com PTH de 9,3 pg/mL, 25-OH-Vit D 35 ng/mL. ECG: bradicardia sinusal, 53 bpm.

Foi internada na unidade de hospitalização do-

miciliária para suplementação com gluconato cálcico endovenoso em perfusão continua e iniciou correção dos restantes défices. O internamento decorreu sem intercorrências. À data de alta apresentava-se já assintomática com valores de cálcio corrigido normalizados de 9 mg/dL , com referenciação para a consulta de Endocrinologia.

Discussão/Conclusão: No caso relatado, a doente realizou tiroidectomia total, com provável recessão/destruição das glândulas paratiroideas apresentando hipocalcemia refratária a tratamento oral com manifestações clinicas associadas em agravamento e necessidade de reposição endovenosa. Foi possível tratar esta doente em regime de Hospitalização Domiciliaria com todos os benefícios que este regime de internamento comporta.

#### PO 42

## OTORREIA E MUCOSITE: UM CASO DE INTOXICAÇÃO AGUDA A METOTREXATO NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Luzia Bismarck; Pedro Avelar; Manuel Ribeiro; Marina Coelho; Tiago Mascarenhas; Rita Marques; Ana Costa

Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

**Introdução:** A toxicidade do metotrexato (MTX) é associada à duração e dosagem cumulativa do mesmo. Sendo um fármaco que atua sobre várias vias metabólicas, apresenta também uma multiplicidade de efeitos adversos.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, com diagnóstico recente de Artite Reumatoide seguida em consulta de Reumatologia. Iniciou tratamento com metotrexato (MTX) 10 mg/semana. Por lapso realizou toma de 10mg/dia durante 5 dias. Recorreu ao SU ao 6º dia após inicio do tratamento por aftas orais extensas, disfagia, odinofagia, otalgia; referia também alopecia na última semana.

À admissão no SU: temperatura timpânica de

37,5°C, PA 141/63 mmHg; FC 103 bpm; otorreia bilateral com vestígios de sangue no canal auditivo externo bilateralmente, inúmeras lesões ulceradas na mucosa orofaríngea.

Laboratorialmente a destacar: Leucopenia (3000 uL), PCR 14,5 mg/dL.

Realizou TC CE e dos ouvidos com evidência de pequenos focos de espessamento mucoso de células etmoidais, hipertrofia da mucosa de revestimento dos seios maxilares e esfenoidal esquerdo, espessamento tecidual nas paredes dos canais auditivos externos e espessamento com retração das membranas timpânicas.

Por suspeita de otite iniciou empiricamente ceftriaxone. Foi referenciada a hospitalização domiciliária (HD) para continuidade do tratamento com prednisolona 20 mg/dia, ác. Fólico e sucralfato 4x dia. Houve melhoria clinica e laboratorial progressivas. Teve alta da UHD ao 11º dia de internamento, com o MTX suspenso, sob esquema de corticoterapia em desmame e acido fólico.

**Discussão/Conclusão:** A toxicidade por MTX mais frequente é a acidental, os efeitos adversos são geralmente de intensidade leve a moderada, maioritariamente afetam trato gastrointestinal. A pancitopenia é o efeito mais preocupante e de curso imprevisível, podendo ser rápida e fatal. Esta doente desenvolveu um quadro de intoxicação aguda apresentando extensa mucosite, otite bilateral, alopecia e pancitopenia, quadro revertido após suspensão do MTX e tratamento dirigido. É de extrema importância que estes doentes apresentem um esquema de prescrição seguro e seguimento mais apertado minimizando intoxicações acidentais. A HD protegeu a doente de uma possível infeção nosocomial e permitiu a introdução facilitada de uma dieta personalizada ajustada às necessidades e condição da doente.

#### PO 43

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AQUANDO DA PROGRESSÃO DE CELULITE PARA ÚLCERA DE PERNA

Celine Machado; Diana Cavaco; Vânia Marques Hospital CUF Infante Santo

Introdução: A celulite é uma infeção bacteriana aguda da pele e dos tecidos subcutâneos, frequentemente causada por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A, que pode progredir para úlcera de perna se não tratada. As úlceras na perna têm um impacto significativo nos sistemas de saúde e na qualidade de vida dos clientes. Os cuidados de enfermagem são essenciais na gestão desta progressão, focandosen o tratamento eficaz e na promoção da saúde. **Objetivo:** Apresentar os resultados do tratamento da celulite que progrediu para úlcera na perna do membro inferior direito (MID) em contexto domiciliário.

**Método:** Este estudo de caso envolve um paciente de 37 anos com obesidade, apneia do sono, síndrome metabólico e onicomicose bilateral dos pés, diagnosticado com celulite no MID. O tratamento incluiu 16 dias de antibióticos intravenosos e 20 dias de cuidados à úlcera utilizando pensos de iodopovidona e mel de grau clínico. Os cuidados de enfermagem enfatizaram a educação em higiene, cuidados com a pele e uma dieta equilibrada.

Resultados: A ferida apresentou uma evolução positiva, culminando na cicatrização completa. O trabalho em equipa eficaz e a seleção apropriada de apósitos foram fundamentais para este resultado, prevenindo recidivas e melhorando a autonomia funcional e a qualidade de vida do cliente. Conclusão: O tratamento bem-sucedido resultou na cicatrização completa da ferida e no retorno do paciente ao trabalho sem limitações, destacando a importância dos cuidados de enfermagem abrangentes e da colaboração interdisciplinar.

#### P<sub>0</sub> 44

## PROJETO DE MELHORIA CONTINUA: DOCUMENTAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

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

Introdução: A importância da documentação dos dados resultantes do exercício profissional dos enfermeiros é essencial para a segurança dos cuidados e a valorização da profissão. A auditoria à documentação da informação revela-se como uma estratégia útil para a melhoria contínua dos padrões de qualidade em enfermagem.

**Objetivos:** Contribuir para a padronização da documentação de dados em enfermagem; promover o rigor no registo da informação clínica realizada pelos enfermeiros; potenciar a obtenção de indicadores de processo e resultado tradutores da intervenção dos enfermeiros.

Metodologia: Perspetivando-se um projeto de melhoria contínua, será contextualizada a problemática, identificando as lacunas e as necessidades na forma de documentar o planeamento e a intervenção dos enfermeiros, através da discussão e análise com recurso ao Diagrama de Ishikawa. Será desenhado um plano de intervenção baseado no Ciclo PDCA (Plan. Do. Check, Act) com vista a se conseguir um efetivo processo de mudança nesta área. O processo de intervenção envolve a alocação de um grupo de trabalho para o efeito, o desenho de um plano de formação em serviço, e o recurso à auditoria como forma de avaliação quanto à mudança operacionalizada na documentação da informação.

**Resultados:** Pretende-se alcançar um nível de domínio dos sistemas de informação em enfermagem no seio da equipa, que promova um elevado grau de confiança e segurança na informação veiculada nos mesmos, e que os

enfermeiros gerem continuamente na sua atividade profissional. A objetividade, a redução das ambiguidades e a expressão de um racional de decisão centrado nas necessidades efetivas de cada utente, são fatores major que se pretende serem eixos centrais na consecução do plano de intervenção descrito.

**Conclusão:** A implementação do projeto de melhoria contínua permitirá conduzir a um processo de mudança ajustado às necessidades da equipa consoante os resultados expressos pelos enfermeiros que a compõem.

#### PO 45

## CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS ALTA DA HD: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE REFERENCIAÇÃO

Carla Santos; Liliana Santos; Helder Martins; Ana Amorim; Catarina Lopes; Ricardo Miranda; Margarida Alvelos; Luis Pacheco Hospital CUF Porto

A hospitalização domiciliária (HD) representa uma abordagem inovadora na prestação de cuidados de saúde. A transição dos cuidados após a alta da HD apresenta desafios em termos de continuidade e coordenação dos cuidados. Este estudo tem como objetivo analisar os desafios encontrados na continuidade de cuidados após a alta do doente internado em HD e destacar as estratégias de referenciação que podem ser adotadas para enfrentar tais desafios. Foi realizada uma revisão da literatura existente sobre a continuidade de cuidados após a alta da HD, categorizando e analisando os principais desafios identificados juntamente com as estratégias de referenciação propostas na literatura.

A continuidade de cuidados após a alta do cliente internado em hospitalização domiciliária é essencial para garantir resultados positivos e evitar reinternamentos desnecessários. Os desafios enfrentados podem ser mitigados através da implementação de estratégias de

referenciação eficazes. Ao adotar uma abordagem integrada e centrada no cliente, é possível assegurar uma transição eficiente dos cuidados hospitalares para o domicílio, promovendo assim o bem-estar e a recuperação dos clientes. **Palavras-chave:** Hospitalização domiciliária, continuidade de cuidados, estratégias de referenciação, coordenação de cuidados de saúde.

#### PO 46

## NOVA UHD - PRIMEIRA VOLTA AO SOL

Sofia Almada; Maria da Luz Brazão; Sara Nunes Gomes; Elisa Caldeira; Francisco Barreto; Carolina Freitas Henriques; Vasco Faria Nunes; Teresa Faria SESARAM

A hospitalização domiciliária (HD) é uma alternativa à hospitalização convencional que proporciona cuidados de saúde seguros e eficazes, melhoram a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias, e evitam a sobrelotação hospitalar.

Os autores apresentam a experiência de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas) no seu primeiro ano de atividade (entre 3 de março de 2023 e 3 de março de 2024) numa unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

Durante este período, tiveram um total de 145 internamentos, sendo que 61% dos doentes pertenciam ao sexo feminino e 39% ao masculino. A faixa etária mais prevalente foi a dos 60 anos, com uma mediana de 64 anos. Cerca de 76% eram autónomos, 14% parcialmente dependentes e 10% totalmente dependentes nas atividades de vida diária. Os doentes foram admitidos, maioritariamente, a partir do serviço de Urgência (54%) e do internamento hospitalar convencional (38%), mas também através do hospital de dia, consulta externa e sector privado, com uma mediana de 7 dias de internamento. As doenças do sistema respiratório e do sistema génito-urinário, foram responsáveis por 37,4% e 32,41% dos internamentos, respetivamente. Apesar de 4.83% dos doentes terem sido transferidos para o Hospital (com internamento em diferentes serviços), 93.79% tiveram alta e mantiveram-se no domicílio. Cerca de 1,38% apresentaram mortalidade imediata, ainda que fossem óbitos expectáveis. Verificou-se uma taxa de reinternamento hospitalar até 30 dias após a alta de 13,10% (4,14% na UHD), mas não houve readmissões até às 72 horas após a alta.

Os autores salientam a necessidade contínua de desenvolver um ecossistema de serviços de saúde multidisciplinar, centrado nas famílias e comunidades, de forma a prestar os melhores cuidados aos utentes. Os autores acreditam que esse é o caso da HD, que exige cuidados integrados e, assim, introduz uma opção inovadora,

#### PO 47

## CRESCIMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NA COMUNIDADE: ERPI, REALIDADE, DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Ricardo Rio; Joana Alexandrino; Filipe Simões; Pedro Raposo; Luís Silvério; Daniela Lopes; Ricardo Pereira; Ricardo Fernandes; Rui Santos; Fernando Aldomiro; Ana Brito; Marta Fonseca; Rui Osório

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Estruturas residenciais para idosos (ERPI) são respostas sociais destinadas a pessoas com 65 ou mais anos de idade que não possam permanecer no domicílio. Com as devidas condições de organização e funcionamento definidas, têm contribuído para uma modificação do perfil de doentes referenciados à hospitalização domiciliária (HD).

**Objetivo:** Caracterizar doentes admitidos na HD enquanto institucionalizados em ERPI.

**Metodologia:** Avaliados doentes admitidos em HD institucionalizados em ERPI entre janeiro 2022 a maio 2024. Variáveis analisadas foram: Idade; sexo; concelho; Índice de Barthel; diagnóstico principal e retornos.

**Resultados:** Admitidos 51 doentes, correspondendo 7% das admissões (702). Dez dos doentes (21%) referenciados diretamente pela instituição com avaliações realizadas na mesma. Média de idades 87 anos (70 a 99 anos), maioria do sexo feminino (73%). A maioria das ERPI encontra-se localizada no concelho de Sintra (84.3%), com 8 (15,7%) localizada no concelho da Amadora. A avaliação do Índice de Barthel permitiu classificar os doentes conforme grau de dependência: Independente 0%, dependente leve (15,7%), dependente moderado 21,6%, dependente grave 11,8%, dependente total 50,9%. Principais diagnósticos de admissão: Cistite (33,3%), pielonefrite aguda (21,6%) e pneumonia (19,6%). Ocorreram 2 retornos por motivo clínico.

Discussão: ERPI são uma realidade crescente na atividade da HD. O perfil dos doentes, com idade e grau de dependência elevados são expectáveis atendendo à origem dos mesmos. As admissões foram maioritariamente provenientes do serviço de Urgência e internamentos. Articulação direta revelou-se igualmente eficaz. Os diagnósticos principais são os expectáveis nestes doentes e o número reduzido de retornos realçam a importância da avaliação multidisciplinar prévia. Na avaliação dos retornos foi possível identificar como fatores importantes, a falta de formação, a elevada rotatividade de funcionários e as (aparentes) dificuldades na contratação de colaboradores diferenciados.

Conclusão: Articulação direta das ERPI é possível, eficaz e desejável. Será o caminho a seguir para reduzir admissões no serviço de Urgência, evitar infeções hospitalares e o agravamento da funcionalidade nestas populações já fragilizadas. Fundamental quebrar barreiras na comunidade e estreitar ligações entre os hospitais e recursos existentes. A realização de protocolos e a definição dos limites de atuação devem ser definidos, começando por uma atualização da norma da HD.

#### PO 48

## PROCESSO DE GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO VIVENCIADO POR IDOSOS NO DOMICÍLIO: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Laura Martinho de Jesus¹; Sónia Marques Malaca²; João Manuel Garcia Nascimento Graveto¹ ¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; ²Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: Com o envelhecimento as pessoas frequentemente necessitam de apoio especializado para lidar com transições de saúde e situacionais, os enfermeiros podem ter um papel central, especialmente na gestão do regime medicamentoso. A crescente prevalência de doenças crónicas e a complexidade dos tratamentos reforçam a importância da intervenção contínua dos profissionais de saúde na transição dos cuidados, seja para outros serviços ou para o domicílio.

**Objetivo:** Conhecer as vivências dos idosos, em contexto domiciliário, sobre o processo de gestão do regime medicamentoso e o papel da enfermagem.

**Metodologia:** Revisão de crítica de evidência de significado, segundo a *Joanna Briggs Institute*, cuja questão de pesquisa é "Qual a vivência de idosos (P), em contexto domiciliário (Co), sobre o processo de gestão do regime medicamentoso e papel da enfermagem (I)?". Pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete*, via EBSCO*host*.

Resultados: Os idosos enfrentam uma transição na saúde que aumenta a sua dependência de assistência para a gestão medicamentosa, o que interfere na auto-suficiência e gera sentimentos contraditórios. Problemas práticos são comuns e têm potencial para consequências clínicas graves, destacando a importância de uma gestão cuidadosa e bem coordenada. A confiança no conhecimento dos médicos e enfermeiros é crucial, mas disfunções na comunicação e coordenação entre cuidadores

são fontes significativas de *stress*. Práticas interprofissionais centradas no cliente, lideradas por enfermeiros, são vistas como oportunidades para melhorar a gestão segura e eficaz da medicação, aumentando a confiança dos idosos e equilibrando a necessidade de assistência com a manutenção de sua autonomia.

Conclusão: Os idosos experienciam sentimentos de empoderamento e dependência no que concerne ao processo de gestão do seu regime medicamentoso. Embora a assistência profissional seja crucial para garantir a segurança e eficácia do tratamento, os desafios práticos e os sentimentos contraditórios sobre a dependência ressaltam a necessidade de abordagens que respeitem a sua autonomia. Melhorar a comunicação e a coordenação entre cuidadores e profissionais de saúde pode reduzir o *stress* e aumentar a confiança dos idosos, promovendo uma gestão medicamentosa mais segura e eficaz.

#### PO 49

## ABCESSO PULMONAR EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – CASO CLÍNICO

Carla Dias Amaral Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Doente sexo masculino, 76 anos, parcialmente dependente para as atividades de vida diária com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia; doença pulmonar obstrutiva crónica e artrite reumatoide. Medicado cronicamente com metotrexato, baricitinib, pantoprazol, salbutamol e brometo de ipratrópio. Admitido no serviço de Urgência por quadro de dispneia de agravamento progressivo com evolução de dispneia de esforços moderados para dispneia em repouso, toracalgia direita de características pleuriticas e tosse produtiva com expetoração purulenta.

Realiza tomografia de tórax (TC-T): "...Na dependência do lobo médio observa-se uma den-

sificação parenquimatosa no seio da qual se identifica uma imagem lucente com 45 mm de diâmetro máximo, contornos lobulados, contendo nível hidroaéreo na sua dependência relação com abcesso/cavitação com líquido interior...". Foi admitido internamento hospitalar durante 17 dias tendo iniciando antibioterapia com piperacilina/ tazobactan com melhoria progressiva do quadro clinico. É transferido para hospitalização domiciliária após avaliação social, nutricional e multidisciplinar, com esposa como cuidadora principal. Realizou broncofibroscopia sem alterações de relevo. Microbiologico de aspirado brônquico; hemoculturas e bacteriológicos de expetoração sem crescimento bacteriológico. Repetiu nova TC-T ao 19º dia de internamento que revelou melhoria imagiológica:"... diminuição da espessura da parede da lesão cavitada no lobo médio favor de evolução favorável do processo infecioso..." Por febre ao 20º dia repetiu hemoculturas de com isolamento de candida albicans tendo iniciado concomitantemente fluconazol que completou 14 dias.

Cumpriu no total 45 dias de antibioterapia com piperacilina/ tazobactan, 36 dos quais em regime de hospitalização domiciliária. Teve alta clínica medicado com corticoterapia, a aguardar consulta de doenças autoimunes. Realizou TC-T após 3 mês com melhoria imagiológica relativamente ao exame de confronto, constata-se resolução das áreas de consolidação em torno da área quística no lobo médio...".

O presente caso clínico pretende demonstrar que a hospitalização domiciliária é um modelo de cuidados de saúde que permite uma abordagem holística dos doentes, reduzindo custos e complicações.

#### PO 50

## RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA A UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Mário Gil Fontoura; Miguel Fidalgo; Catarina Branco; Sara Vasconcelos; Mariana Santana; Maria Luísa Olim; Filipa Duarte; Sara Montezinho; Joana Rodrigues Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A reconciliação terapêutica consiste na revisão da medicação de um doente com o objetivo de evitar discrepâncias e promover a segurança do mesmo. Deve ser realizada sempre que há transição de cuidados do doente, surgindo aqui a hospitalização domiciliária como local oportuno para confirmar e corrigir erros de registo de medicação.

**Objetivos:** Quantificar e identificar os erros encontrados relativamente à terapêutica e registo da mesma neste processo aquando da transição de cuidados para a unidade de hospitalização domiciliária (UHD), avaliando o papel da mesma neste âmbito.

Material e métodos: A colheita dos dados foi efetuada através de consulta do processo clínico informático e a estatística descritiva com recurso ao SPSS®, versão 26. Foram incluídos os doentes internados em UHD de janeiro a dezembro de 2023. Foram descritas variáveis demográficas bem como a quantificação e caracterização dos erros de registo da terapêutica dos doentes antes e após admissão em UHD.

**Resultados:** A amostra engloba um total de 364 doentes, com predomínio do sexo masculino (53,4%) e uma idade mediana de 67,8 anos (± 18,8). Apresenta um grau mediano de funcionalidade de 85% (AlQ:60; *score* AVDezIs) e de comorbilidade de 1 (AlQ:3; *score* Charlson). O tempo de internamento mediano foi de 7 dias (AlQ:4). Cada doente estava medicado com 6 fármacos (AlQ:8), havendo polifarmácia

em 61,8%. Houve registo adequado da confirmação de terapêutica habitual do doente à admissão previamente à UHD em apenas 25,3% dos casos. O principal erro no registo foi o de omissão (não estar registada terapêutica que doente estava a fazer; n = 170), seguido da adição (registo de terapêutica que doente não estava a fazer; n = 128) e do erro de freguência (registo de posologia diferente da que o doente se encontrava a fazer; n = 75). Nos casos em que não há registo de confirmação (n = 272). houve registos de revisão da terapêutica à admissão em UHD em 55.2% dos casos e. até ao momento de alta da UHD, em 99.5% dos casos. Conclusão: Do observável, parece haver fragilidade no que diz respeito aos registos da informação terapêutica aquando da transição de cuidados dos doentes de forma global e concretamente à admissão em UHD, tendo servido esta como local adequado à optimização dos registos e facilitação da reconciliação terapêutica, não obstante o grande potencial de melhoria.

#### PO 51

## EXPERIÊNCIA DE INTERNAMENTO POR ENDOCARDITE INFECCIOSA: ENFERMARIA CONVENCIONAL VS. UHD

Sofia F. Ribeiro; Mariana Costa; Inês Oliveira; Rafael Castro; Sofia Pereira; Benedita Oliveira; António Catarino; Alexandre Gomes; Paulo Paiva Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital Santo António

Introdução: Internamentos hospitalares prolongados estão associados a um risco acrescido de morbimortalidade e de abandono social. A endocardite infeciosa (El) é uma infeção do endocárdio grave que exige internamentos de nível hospitalar pela necessidade de monitorização clínica e longos cursos de antibioterapia endovenosa. A hospitalização domiciliária pode ser uma alternativa ao internamento convencional, permitindo uma prestação de cuidados mais personalizados e no conforto da casa do

doente. O objetivo do presente trabalho consiste na avaliação da experiência e satisfação de doentes internados com esta patologia numa UHD, porcurando comparar a exepriencia dos doentes no internamento prévio, nas enfermarias convencionais.

**Métodos:** Foi realizado um questionário, via entrevista telefónica aos doentes internados na UHD por endocardite infecciosa, entre 1 de Novembro de 2020 e 31 de Dezembro de 2023, relativo à experiência e satisfação de cada doente vivenciada no internamento domiciliário e clássico.

Resultados: Dos 28 doentes internados na UHD por El, 14 participaram no estudo. Para proceder à comparação da experiência entre o internamento convencional e o intrenamento domiciliário recorreu-se ao teste de Wilcoxon. Verificou-se que para ?? = 0,10, houve diferencas estatisticamente significativas em várias questões, incluindo a coordenação do processo de admissão, a disponibilidade da equipa de enfermagem, a realização atempada de exames e procedimentos, a frequência com que a equipa médica questionava a opinião do doente relativamente à sua condição clínica e tratamento, a facilidade em receber visitas, o ambiente do internamento e o respeito e privacidade, todas favorecendo o internamento em hospitalização domiciliária. A análise dos quartis revelou maior concentração de avaliações baixas no internamento convencional.

**Discussão:** Destaca-se o futuro promissor da hospitalização domiciliária, atendendo ao impacto prognóstico da proximidade e do maior acompanhamento familiar neste regime. Outros potenciais benefícios incluem maior disponibilidade de camas hospitalares, redução de infeções e promoção da autonomia do doente, não avaliadaos neste estudo.

#### PO 52

## TRATAMENTO DA ENDOCARDITE INFECIOSA EM UHD: UMA ALTERNATIVA SEGURA AO INTERNAMENTO CONVENCIONAL?

Mariana Costa; Gonçalo Vilas Boas; Guilherme Lopes; Francisca Neves; João Ferreira; Maria Oliveira; Bruno Silva; Sofia F Ribeiro Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital Santo António

Introdução: Os internamentos hospitalares prolongados estão associados a um risco acrescido de morbimortalidade e de abandono social. A endocardite infeciosa (EI) exige gestão de nível hospitalar pela necessidade de longos cursos de antibioterapia e de monitorização. A hospitalização domiciliária surge como uma alternativa ao internamento convencional. O objetivo do presente trabalho consiste na caracterização demográfica, clínica, microbiológica e follow-up de doentes internados por El numa unidade de hospitalização domiciliária (UHD).

**Métodos:** Estudo observacional e retrospetivo dos casos de El internados entre 1 de novembro de 2019 e 31 de dezembro de 2023 numa UHD. com consulta de processos clínicos eletrónicos. **Resultados:** Foram identificados 28 doentes internados na UHD por El, tendo sido excluídos 2 casos por dados insuficientes (n = 26). A idade média foi de 73.5 anos, predominando o sexo masculino (57.7%). Certa de 81% dos doentes eram autónomos previamente à admissão. Cerca de 89% apresentavam história de insuficiência cardíaca e 69% apresentavam pelo menos 6 outras comorbilidades. A duracão média de internamento convencional foi de 28.8 dias e de 25.7 dias em UHD. Cerca de 46% dos doentes apresentou acometimento da válvula nativa, com a válvula aórtica (26.9%) e a mitral (26.9%) a serem as mais afetadas. Em 11.5% dos doentes foram submetidos a cirurgia cardíaca, durante o internamento convencional. Os microrganismos mais frequentemente

identificados foram o *Streptococcus gallolyticus* (11.5%), *Streptococcus viridans* (11.5%) e MSSA (11.5%). Na UHD a administração endovenosa ocorreu na maioria dos casos (88,5%) por cateter venoso periférico de média duração. O antibiótico mais frequentemente realizado foi a gentamicina (61.5%). A complicação aguda mais frequentemente registada durante o internamento convencional foi a lesão renal aguda (46.7%). No *follow-up* de 6 meses, não foram detetados casos de reinternamento, recorrência da doença ou reinfeção, nem recorrência ao serviço de Urgência ou morte por El ou suas complicações.

**Conclusão:** O modelo de hospitalização domiciliária é uma alternativa segura ao internamento convencional, assim que reunidas condições de estabilidade clínica e sociais de segurança. Este internamento permitiu poupar uma média de 719,6 dias de internamento intra-hospitalar e um regresso ao conforte e casa do doente mais precoce.

#### PO 53

## AUDITORIA CLÍNICA À MANUTENÇÃO DO CATETER MIDLINE NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Cristiana Barbosa; Sara Rodrigues; Bruno Pinto; Ana Reis; Marina Delgado; Sofia Ribeiro; Diogo Costa; André Coimbra Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Enquadramento: A colocação de um acesso vascular é o procedimento invasivo mais frequente na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, não só devido à multiplicidade de dispositivos dentro desta tipologia como na sua utilidade do ponto de vista terapêutico (Costa *et al.*, 2018). O cateter Midline é um dispositivo recente e inovador no cenário da terapia endovenosa, que se destaca por maior durabilidade e tempo de uso com menos complicações, sendo inserido numa das veias

principais do braço. No contexto de hospitalização domiciliária (HD), este tipo de dispositivo é preferido quando o tempo previsto da terapêutica endovenosa se situa entre 1 e 4 semanas (Johnson *et al.*, 2023), ou perante baixa acessibilidade de vasos periféricos para punção. Os cuidados são da inteira responsabilidade dos enfermeiros, exercendo um papel fundamental na manutenção destes dispositivos, a fim de minimizar o risco de complicações associadas à sua manipulação.

**Objetivo:** Identificar as complicações relacionadas ao uso de Cateter Midline.

**Metodologia:** Realizou-se, ao longo de 2023 e até 1 de maio de 2024, uma auditoria clínica prospetiva a todos os cateteres Midline colocados numa unidade de hospitalização domiciliária (UHD). Foram avaliadas variáveis tais como a durabilidade, permeabilidade, refluxo sanguíneo e incidência de flebites associadas a este tipo de cateter.

**Resultados:** De acordo com os dados obtidos. em 2023 foram obieto de auditoria 44 cateteres Midline. Destes 44 cateteres, 8 perderam permeabilidade, entre o 3º e 27º dia. Relativamente à perda de refluxo sanguíneo, ocorreu em 9 dos 44 cateteres colocados, entre o 1º e 27º dia após a sua inserção. De acordo com a Escala Portuguesa de Flebite (Braga et al., 2016), foi observada apenas uma flebite de grau 1. Em 2024, até ao 1º dia de maio foram auditados 16 cateteres Midline, sendo que apenas 1 deles perdeu permeabilidade (circunstância que ocorreu 3 dias após colocação do dispositivo) e 4 apresentaram perda de refluxo sanguíneo. A perda mais precoce verificou-se no próprio dia de colocação do cateter e a mais tardia ocorreu ao 11º dia. Não foram observados sinais e sintomas de flebite em nenhum dos utentes com Midline, durante o período de realização da auditoria no ano de 2024.

Conclusão: Perante os resultados obtidos, é

fundamental que os enfermeiros conhecam com rigor este tipo de dispositivos e estejam atualizados relativamente aos conhecimentos que dão base a tomadas de decisões que se refletem na qualidade da prestação de cuidados e satisfação do utente. Sendo que os cateteres Midline que perderam a permeabilidade representam 15% da amostra, numa visão para a melhoria contínua, considera-se pertinente a formação especializada na área dos acessos vasculares, contribuindo, desta forma, para a implementação de melhores práticas com o interesse na redução de riscos e complicações para o utente, garantindo a sua segurança.

#### P<sub>0</sub> 54

## LIMITAÇÕES ÉTICAS NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICII IÁRIA?

Sofia E. Ribeiro

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Hospital Santo António

Os princípios de ética biomédica formulados por Beauchamp e Childress em 2013 – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça - refletem a secularização característica das sociedades ocidentais. Tem-se assistido a uma grande transformação cultural do conceito de deontologia médica, com a sua evolução para uma bioética centrada na dignidade da pessoa e no seu direito à autodeterminação. O médico e doente devem ser agentes ativos nas decisões que envolvam valores e dilemas éticos.

A convenção sobre direitos humanos e biomedicina reconhece a existência de um direito à saúde, ainda que limitado pelas restrições económicas existentes, pelo que é possível deduzir-se que o direito à proteção e à promoção da saúde é determinante para o exercício de efetiva igualdade de oportunidades, numa sociedade livre e inclusiva.

A hospitalização domicé um conceito inovador em expansão por todo o mundo. A transição de

um servico de saúde centrado no hospital para um servico centrado no doente, localizado na família e na comunidade, contribuirá para uma medicina mais personalizada, de maior autonomia e envolvimento do doente e da família/cuidador, para além de contribuir para uma maior sustentabilidade do sistema de saúde.

No entanto, continuam a existir algumas limitações na aplicação dos princípios éticos na HD. O respeito pela autonomia do doente versus a liberdade de decisão dos profissionais de saúde é um aspeto que nos deparamos diariamente e ainda carece de muita reflexão e trabalho dentro da comunidade hospitalar. Existe igualmente espaço para dinamização da educação para a saúde, com impacto direto na autonomia dos doentes nas tomadas de decisão, nos autocuidados e na responsabilização pela sua saúde. Não menos importante, o reforço do papel do cuidador e o aumento do apoio a esta figura constitui um aspeto fundamental para garantir a justiça no acesso a esta modalidade de internamento.

#### PO 55

## PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL EM HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Damiana Sousa1:

Belmiro da Conceição Mendes Alexandre<sup>1</sup>; Andreia Cristina Fernandes Gaudêncio Araújo<sup>2</sup>; Liliana Marisa Das Neves Videira1

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André: <sup>2</sup>ULSTMAD – Unidade Vila Real

Introdução: Em hospitalização domiciliária (HD), os cuidados de saúde são prestados no domicílio dos utentes, devendo a equipa de HD ter o cuidador informal (CI) como foco dos cuidados prestados (Costa et al., 2016). No entanto, só é possível intervir de forma adequada com um diagnóstico preciso sobre a realidade do Cl, utilizando instrumentos de avaliação (Sequeira, 2018). Desta forma, foi planificado um projeto-piloto tendo como área de intervenção o Cl em HD, derivando deste um procedimento de enfermagem baseado num guião de entrevista aquando da admissão do utente.

**Objetivo:** Realização de Procedimento de Enfermagem relativo à avaliação do Cl na admissão do utente em HD.

**Métodos:** Pesquisa em base de dados e literatura cinzenta, para um estudo descritivo e exploratório que sustente este procedimento.

Resultados: Com a revisão bibliográfica, as variáveis do Cl a ter em conta, na admissão em HD, são: a personalidade; o estado de saúde; as competências e capacidades; o tipo de relacionamento deste com o doente e respetiva família e o tipo de cuidados que a pessoa necessita, o tempo de duração da assistência (Santos *et al.*, 2022). As necessidades e lacunas no binómio de saúde/doença são outras das características a abordar na avaliação do Cl (Dixe, 2018). Assim, o guião elaborado para o procedimento engloba as seguintes dimensões: características sociodemográficas; dependência da pessoa cuidada; competências do Cl; apoios da família/comunidade e escala de Zarit adaptada ao SClínico.

Conclusão: A utilização do procedimento de enfermagem como modelo de avaliação do Cl em HD permite delinear um plano de cuidados individualizado, assegurando a saúde física e mental dos cuidadores informais, bem como, a qualidade dos cuidados prestados por estes. No futuro, e através dos indicadores de enfermagem gerados, o procedimento poderá, também, ser usado com o intuito de identificar critérios de exclusão de admissão dos utentes em HD, promovendo a segurança do doente e do Cl, bem como levando a um aumento de ganhos em saúde.

## Organização





## Comissão Organizadora

Carmen Valdivieso Olga Goncalves Cristina Cunha Paula Lopes Francisca Delerue Pedro Azevedo Helena Sarmento Sofia Ribeiro Márcia Ribeiro Vitória Cunha Marta Monteiro



## **Sponsors**









## **Apoios**









NOVA FCSH | Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa

HNM | Hospital Dr. Nélio Mendonça (Funchal)

ULSA | Unidade Local de Saúde da Arrábida (Setúbal)

ULSAA | Unidade Local de Saúde do Alto Ave (Guimarães)

ULSAS | Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

ULSBE | Unidade Local de Saúde de Barcelos/ Esposende

ULS EDV | Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

ULSGE | Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

ULSM | Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSNE | Unidade Local de Saúde do Nordeste (Bragança)

ULSPVVC | Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

ULSRA | Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

ULSSA | Unidade Local de Saúde de Santo António

ULSSJ | Unidade Local de Saúde de São João

ULSSM | Unidade Local de Saúde de Santa Maria

ULSTS | Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

#### Secretariado



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