

Organização
Aida Pardal
Liliana Grade
Helena Lopes

SINERGIA EM SAÚDE

Transformando Cuidados Multidisciplinares
no Serviço de Medicina



Organização
Aida Pardal
Liliana Grade
Helena Lopes

SINERGIA EM SAÚDE

Transformando Cuidados Multidisciplinares
no Serviço de Medicina



Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Assistente editorial

Flávia Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Vilmar Linhares de Lara Junior

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena

Editora

Os direitos desta edição foram cedidos

à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais. Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais passaram por avaliação de pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Sinergia em Saúde - Transformando cuidados multidisciplinares no serviço de medicina

Autoras: Aida Pardal
Liniana Grade
Helena Lopes

Revisão: As autoras

Diagramação: Nataly Evilin Gayde

Capa: Yago Raphael Massuqueto Rocha

Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S616 Sinergia em saúde - Transformando cuidados multidisciplinares no serviço de medicina / Organizadoras Aida Pardal, Liliana Grade, Helena Lopes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3458-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.580250306>

1. Saúde. 2. Medicina. I. Pardal, Aida (Organizadora). II. Grade, Liliana (Organizadora). III. Lopes, Helena (Organizadora). IV. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

+55 (42) 3323-5493

+55 (42) 99955-2866

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' é utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra declara, para todos os fins, que: 1. Não possui qualquer interesse comercial que constitua conflito de interesses em relação à publicação; 2. Participou ativamente da elaboração da obra; 3. O conteúdo está isento de dados e/ou resultados fraudulentos, todas as fontes de financiamento foram devidamente informadas e dados e interpretações de outras pesquisas foram corretamente citados e referenciados; 4. Autoriza integralmente a edição e publicação, abrangendo os registros legais, produção visual e gráfica, bem como o lançamento e a divulgação, conforme os critérios da Atena Editora; 5. Declara ciência de que a publicação será em acesso aberto, podendo ser compartilhada, armazenada e disponibilizada em repositórios digitais, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). 6. Assume total responsabilidade pelo conteúdo da obra, incluindo originalidade, veracidade das informações, opiniões expressas e eventuais implicações legais decorrentes da publicação.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite copiar, distribuir, exibir, executar, adaptar e criar obras derivadas para quaisquer fins, inclusive comerciais, desde que sejam atribuídos os devidos créditos ao(s) autor(es) e à editora. Esta licença substitui a lógica de cessão exclusiva de direitos autorais prevista na Lei 9610/98, aplicando-se os princípios do acesso aberto; 2. Os autores mantêm integralmente seus direitos autorais e são incentivados a divulgar a obra em repositórios institucionais e plataformas digitais, sempre com a devida atribuição de autoria e referência à editora, em conformidade com os termos da CC BY 4.0.; 3. A editora reserva-se o direito de disponibilizar a publicação em seu site, aplicativo e demais plataformas, bem como de comercializar exemplares impressos ou digitais, quando aplicável. Em casos de comercialização direta (por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras), o repasse dos direitos autorais será realizado conforme as condições estabelecidas em contrato específico entre as partes; 4. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza o uso de dados pessoais dos autores para finalidades que não tenham relação direta com a divulgação desta obra e seu processo editorial.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof^a Dr^a. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

ORGANIZAÇÃO

Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Liliana Grade, liliana.grade@ulsba.min-saude.pt
Helena Sofia Lopes, sofia.lopes@ulsba.min-saude.pt
Aida Pardal, pardal.aida@gmail.com
Pedro Costa, pedro.costa@ulsba.min-saude.pt
Patrícia Marujo, patricia.marujo@ulsba.min-saude.pt
Catarina Serafim, catarina.serafim@ulsba.min-saude.pt

COMISSÃO CIENTÍFICA

Pedro Fortes, pedro.fortes@ulsba.min-saude.pt
Margarida Paixão Ferreira, margarida.ferreira@ulsba.min-saude.pt
Ana Cristina Duarte, ana.duarte@ulsba.min-saude.pt
Isabel Ramôa, isabel.ramoa@ulsba.min-saude.pt
Patrícia Serpa Soares, patricia.soares@ulsba.min-saude.pt
Jorge Farinho, jorge.farinho@ulsba.min-saude.pt
Milene Palma, milene.palma@ulsba.min-saude.pt
Mónica Graça, monica.graca@ulsba.min-saude.pt
Sílvia Rodrigues, silvia.rodrigues@ulsba.min-saude.pt
Alexandra Madeira, alexandra.madeira@ulsba.min-saude.pt
Alexandra Batista, alexandra.batista@ulsba.min-saude.pt

APOIOS



QUINTA DO QUETZAL



PROPRIEDADE DE FAMÍLIA



ENCHIDOS PORCO PRETO



NOTA DE ABERTURA

Bom dia,

É com grande alegria que damos início à primeira edição das jornadas de medicina interna.

Este evento representa mais do que um encontro de profissionais e estudantes; é um espaço de partilha, crescimento e inovação. Aqui, cada ideia discutida, cada experiência compartilhada e cada conhecimento adquirido têm o poder de transformar realidades e impactar positivamente as nossas práticas e comunidades.

Vivemos em tempos de constante evolução, nos quais o conhecimento se renova a cada dia. Por isso, a troca de saberes e a construção coletiva do aprendizado tornam-se fundamentais. As jornadas que hoje inauguramos são um convite à reflexão, ao debate e, sobretudo, à ação.

Queremos agradecer a todos os palestrantes e convidados, que prontamente aceitaram o desafio de contribuir com suas experiências. Também estendo minha gratidão à equipa organizadora e científica, que com dedicação e comprometimento tornou este evento possível.

Que esses dias sejam de muito aprendizado, conexões significativas e inspiração para todos nós. Que saímos daqui mais motivados e preparados para enfrentar os desafios e promover mudanças positivas.

Desejo a todos uma excelente jornada!

Muito obrigada!

A Presidente da Comissão Organizadora

Liliana Grade

PROGRAMA

 | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO ALENTEJO

I JORNADAS INTERDISCIPLINARES DE MEDICINA INTERNA DA ULSBA
BEJA, 19 A 21 MARÇO 2025 | AUDITÓRIO DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

SINERGIA EM SAÚDE:

TRANSFORMANDO CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES NO SERVIÇO DE MEDICINA

workshops QUARTA, 19 MARÇO

14H00 INTERVENÇÃO EM FERIDAS E ÚLCERAS
Enf. João Dias, Enfermeiro, ULSBA

14H00 VIH: ABORDAGENS E NOVAS REALIDADES
Dr. Quintino Biague, Médico, ULSBA

16H00 CUIDADOS PALIATIVOS: GESTÃO DO DOENTE COMPLEXO
Enf. Catarina Pazes, Enfermeira, ULSBA

16H00 ELETROCARDIOGRAFIA: INTERPRETAÇÃO E PRIORIZAÇÃO
Enf. Armando Rocha, Enfermeiro, ULSBA

QUINTA, 20 MARÇO

08H00 ABERTURA DO SECRETARIADO

08H30 COMUNICAÇÕES LIVRES (12 COMUNICAÇÕES)
PÓSTERES

12H00 SESSÃO DE ABERTURA
Dr. Paulo Arsénio, Presidente da Câmara Municipal de Beja
Dr. José Carlos Queimado, Presidente Cons. de Administração, ULSBA
Dr. Pedro Costa, Diretor do Serv. de Medicina, ULSBA
Enf. Liliana Grade, Enfermeira funções de Gestão Serv. Medicina, ULSBA
Prof. Doutora Ana Canhestro, Diretora da Escola Superior de Saúde, IPBeja

13H00 ALMOÇO LIVRE

14H30 conferênciा
GOVERNACAO E LIDERANCA CLÍNICA
Enf. Fernando Barroso, Enfermeiro,
ULS Arrábida
moderador: Dr. Pedro Costa, Médico, ULSBA

15H00 mesa redonda
IMPLEMENTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA ULSBA
. 'ESCOLA DE SEGURANÇA DO DOENTE'
Enf. Fernando Barroso, Enfermeiro, ULS Arrábida
. 'LIDERANÇA E GOVERNANÇA'
Enf. António Páscoa, Enfermeiro-Diretor, ULSBA
. 'COMUNICAÇÃO'
Enf. Jorge Olho Azul, Professor Escola Superior de Saúde de Beja
moderadora: Enf. Liliana Grade, Enfermeira, ULSBA

16H00 PAUSA PARA CAFÉ

16H30 mesa redonda
CUIDADOS À PESSOA COM DIABETES
. 'DIABETES NO INTERNAMENTO: AS DIFICULDADES'
Dra. Isabel Ramo, Médica, ULSBA
. 'SISTEMAS DE PERFUSÃO CONTINUA DE INSULINA: NOVO PARADIGMA NA DIABETES MELLITUS'
Dra. Vera Guerreiro, Médica, ULSBA
. 'NUTRIÇÃO E DIABETES: DESAFIOS'
Dra. Verónica Tuba, Nutricionista, ULSBA
moderadora: Dra. Catarina Serafim, Médica, ULSBA

20H00 JANTAR

SEXTA, 21 MARÇO

09H00 mesa redonda
DESAFIOS NO DOENTE COM DELIRIUM
. 'DESAFIOS NA ABORDAGEM AO DOENTE COM DELIRIUM'
Dra. Sónia Silva, Médica, ULSBA
. 'PAPEL DA PSICOLOGIA NA ABORDAGEM AO DOENTE COM DELIRIUM'
Dra. Elisabete Silva, Psicóloga, ULSBA
. 'PAPEL DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DA ULSAC'
Enf. Rita Pinheiro, Enfermeira, ULSAC
. 'PAPEL DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE COM DELIRIUM - ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA NA ULSAC'
Enf. Bruno Amaro, Enfermeiro, ULSAC
moderadora: Enf. Aida Pardal, Enfermeira, ULSBA

10H30 PAUSA PARA CAFÉ

11H00 conferênciа
BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Dra. Ana Cláudia, Psicóloga, ULSBA, projeto PROGERPSI
Dra. Cláudia Borralho, Psicóloga, ULSBA, projeto PROGERPSI
moderadora: Dra. Patrícia Marujo, Médica, ULSBA

11H30 mesa redonda
DESAFIOS NO DOENTE RESPIRATÓRIO
. 'ABORDAGEM PRÁTICA NA VNI'
Dr. Paulo César, Médico, ULSBA
. 'ABORDAGEM PRÁTICA NA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO'
Dr. João Oliveira, Médico, ULSBA
. 'PAPEL DO ENFERMEIRO DE REabilitação NA ABORDAGEM AO DOENTE VENTILADO'
Enf. Jorge Farinho, Enfermeiro, ULSBA
moderadora: Ana Cristina Duarte, Médica, ULSBA

13H00 ALMOÇO LIVRE

14H30 conferênciа
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE
Prof. Doutor Henrique Martins, Médico Internista e Professor Universitário
moderadora: Enf. Sofia Lopes, Enfermeira, ULSBA

15H30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO
ENTREGA DE PRÉMIOS
. SESSÃO MUSICAL



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	1
INTRODUÇÃO	
Aida Pardal	
Liliana Grade	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030601	
 RESUMO DOS WORSHOPS	
CAPÍTULO 2	3
VIH: ABORDAGENS E NOVAS REALIDADES	
Quintino Biague	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030602	
CAPÍTULO 3	5
CUIDADOS PALIATIVOS: GESTÃO DO DOENTE COMPLEXO	
Catarina Pazes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030603	
CAPÍTULO 4	7
ELETROCARDIOGRAFIA: INTERPRETAÇÃO E PRIORIZAÇÃO	
Armando Rocha	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030604	
 RESUMO DAS COMUNICAÇÕES	
CAPÍTULO 5	10
DIABETES SECUNDÁRIA A ALPELISIB, GESTÃO MULTIDISCIPLINAR. UM CASO CLINICO	
Cristina Ferro	
Sara Machado	
Sandra Coelho	
Pedro Costa	
Paula Sadio	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030605	
CAPÍTULO 6	12
CONDIÇÃO FÍSICA E COMPOSIÇÃO CORPORAL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADOLESCENTES PORTUGUESES E MIGRANTES EM ESCOLAS DO ALENTEJO	
Vítor Camacho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030606	

CAPÍTULO 7	14
ESTUDO PREVALÊNCIA ÚLCERAS POR PRESSÃO	
Maria Salomé Branquinho	
Bárbara Casaca	
Catarina Franco	
Maria João Moura	
Patrícia Páscoa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030607	
CAPÍTULO 8	16
O FARMACÊUTICO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR. ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA ULSBA	
Cristina Ferro	
Paula Sadio	
Vanda Lopes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030608	
CAPÍTULO 9	18
O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM RETALHO COSTAL: SCOPING REVIEW	
Débora Manços	
Luís Barreiros	
Paulo Sabino	
Silvério Pisa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030609	
CAPÍTULO 10.....	19
ELEVAÇÃO DA CABECEIRA E HIPERTENSÃO CRANIANA APÓS ACIDENTE TRAUMÁTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Paulo Sabino	
Catarina Franco	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030610	
CAPÍTULO 11	20
PNEUMONIA A LEGIONELLA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	
Sandra Sepúlveda	
Mónica Pereira	
Catarina Serafim	
Patrícia Serpa Soares	
Pedro Costa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030611	
CAPÍTULO 12.....	22
QUANDO A ANAMNESE NÃO CONTA A VERDADE: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA	
Nádia Sofia Brito	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030612	

SUMÁRIO

CAPÍTULO 13	23
SEGURANÇA DO UTENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) - EXEMPLOS DE COMO OPERACIONALIZAR	
Inês Sayanda	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030613	
CAPÍTULO 14	25
O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Maria Matilde Campos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030614	
 RESUMO DA MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL	
CAPÍTULO 15	27
ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITAS DE REAÇÕES ADVERSAS AO TRAMADOL, TAPENTADOL E MORFINA NO SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA (1992-2024)	
João Figueirinha	
Jaime Conceição	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030615	
 RESUMO DOS PÓSTERES	
CAPÍTULO 16	30
O IMPACTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO DOENTE	
Benedito, V.	
Carpinteiro, D.	
Deus, I.	
Duro, R.	
Rodrigues, M.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030616	
CAPÍTULO 17	31
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA DIABETES	
Cabrita, P.	
Grou, B.	
Catarino, E.	
Martinho, D.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030617	

CAPÍTULO 18.....	33
O PAPEL DO LABORATÓRIO NO DIAGNÓSTICO DA SINDROME ANTI-FOSFOLIPIDICO: O ANTICOAGULANTE LÚPICO	
Patrão, R.	
Loução, A.R.	
Pereira, I. ¹	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030618	
CAPÍTULO 19.....	34
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM CONTEXTO DE VIAGEM PROLONGADA: CASO CLÍNICO	
Brito, N.	
Régua, A.	
Cravo, A.	
Fernandes, D.	
Mykhailysyn, T.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030619	
CAPÍTULO 20	36
PREVALÊNCIA DE ENTEROBACTERIALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES NA ULSBA	
Galhardo, A.	
Fonseca, A.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030620	
CAPÍTULO 21.....	38
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO	
Páscoa, P.	
Casaca, B.	
Franco, C.	
Moura, M.	
Branquinho, M.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030621	
CAPÍTULO 22	40
PERFIL DE REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS – 2024	
Biague, Q.	
Carocinho, A.	
Pinheiro, F.	
Castro, A.	
Rosa, T.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030622	

CAPÍTULO 23	42
COMO E DO QUE MORREM OS NOSSOS DOENTES?	
Nádia Sofia Brito	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030623	
CAPÍTULO 24	44
NOVE ANOS DE EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DA HEPATITE C:	
RESULTADOS EM SAÚDE	
Moleiro, A.	
Benigno, F.	
Marujo, P.	
Sadio, P.	
Coelho, S.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030624	
CAPÍTULO 25	46
ADESÃO AO USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E	
IMPACTO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES	
Loução, R.	
Patrão, R,	
Galhardo, A.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030625	
RESUMO DAS CONFERÊNCIAS	
CAPÍTULO 26	48
GOVERNAÇÃO E LIDERANÇA CLÍNICA	
Fernando Barroso	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030626	
CAPÍTULO 27	51
BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Cláudia Borralho	
Ana Cláudio	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030627	
CAPÍTULO 28	53
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE - CAMINHOS PARA UMA	
TRANSFORMAÇÃO DIGITAL HUMANISTA	
Henrique Martins	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030628	

SUMÁRIO

RESUMO DAS MESAS REDONDAS

IMPLEMENTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA ULSBA

CAPÍTULO 29	57
--------------------------	-----------

SEGURANÇA DO DOENTE: LIDERANÇA E GOVERNANÇA

António Páscoa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030629>

CAPÍTULO 30	60
--------------------------	-----------

A COMUNICAÇÃO E A CULTURA DE SEGURANÇA NA ULSBA: UMA ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E IMPACTO NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Jorge Rosário

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030630>

CUIDADOS À PESSOA COM DIABETES

CAPÍTULO 31.....	64
-------------------------	-----------

NUTRIÇÃO E DIABETES: DESAFIOS

Verónica Túbal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030631>

DESAFIOS NO DOENTE COM DELIRIUM

CAPÍTULO 32	69
--------------------------	-----------

PAPEL DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE COM *DELIRIUM* NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DA ULSAC

Rita Pinheiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030632>

DESAFIOS NO DOENTE RESPIRATÓRIO

CAPÍTULO 33	74
--------------------------	-----------

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REabilitação NA ABORDAGEM AO DOENTE VENTILADO

Jorge Farinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030633>

CAPÍTULO 34	76
--------------------------	-----------

CONCLUSÃO

Aida Pardal

Liliana Grade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.58025030634>

SOBRE AS ORGANIZADORAS.....	77
------------------------------------	-----------

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Data de aceite: 02/05/2025

Aida Pardal

Enfermeira Gestora na ULSBA

Liliana Grade

Enfermeira em Funções de Gestão na
ULSBA

Sob o mote “*Sinergia em Saúde: Transformando Cuidados Multidisciplinares no Serviço de Medicina*”, as I Jornadas Interdisciplinares de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), realizadas entre 19 e 21 de março de 2025, constituíram um espaço de partilha científica, reflexão clínica e inovação multidisciplinar.

Este e-book compila os principais resumos apresentados durante o evento, refletindo a complexidade e a riqueza do trabalho desenvolvido por profissionais das mais diversas áreas da saúde.

A seleção dos temas abordados é reveladora das atuais prioridades em saúde pública e prática clínica: a monitorização eletrocardiográfica e a atuação de enfermagem em situações críticas, o burnout e a gestão dos riscos

psicossociais nos profissionais de saúde, a abordagem holística ao doente em cuidados paliativos, a farmacovigilância e os padrões de segurança relacionados com opioides, bem como a reabilitação em contexto intensivo, a segurança clínica baseada na comunicação e as novas abordagens ao VIH.

Cada comunicação expressa o esforço coletivo para integrar conhecimento científico, experiência profissional e boas práticas assistenciais numa abordagem centrada na pessoa. Este trabalho conjunto é a essência da sinergia em saúde: a articulação harmoniosa entre disciplinas e saberes que permite responder com maior eficácia e humanidade às necessidades de um sistema de saúde em constante transformação.

Este e-book dirige-se a profissionais e estudantes da área da saúde, gestores, investigadores e demais interessados na prática clínica baseada na evidência, representando um contributo relevante para a formação contínua e para o reforço de uma cultura de segurança, qualidade e humanização dos cuidados.

RESUMO DOS WORSHOPS

CAPÍTULO 2

VIH: ABORDAGENS E NOVAS REALIDADES

Data de aceite: 02/05/2025

Quintino Biague

Médico de Medicina Interna na ULSBA

A infecção por VIH é uma patologia considerada atualmente como Doença Crónica e exige de todos os técnicos de saúde algum conhecimento básico para lidar com essa população, tendo em conta que são utentes que estarão nos serviços de urgências, nas enfermarias dos hospitais igual que os hipertensos ou diabéticos que além dos motivos da admissão, devemos também termos em atenção as suas patologias crónicas.

Para isso é necessário:

1- Uma abordagem no SU, por onde recorrem quase sempre todos os utentes, tendo em conta a necessidade de manterem as terapêuticas habituais.

- Termos em atenção o motivo da admissão em SU, caso seja necessária permanência de mais de 24 horas.

- Termos em atenção a necessidade de alguma intervenção ou técnicas invasivas.
- Avaliarmos a necessidade de internamento.

2- Abordagem no Internamento, tendo em conta que são utentes com outras patologias e que possam motivar internamento.

- Em caso de internamento para investigação, ter em atenção as medidas de isolamento de contacto/Respiratório
- Ter atenção a sua prescrição da terapêutica crónica, caso esteja a fazer.

Em caso de acidente em material cortante, cumprir o protocolo de profilaxia pós- exposição ocupacional estabelecido na ULSBA:

Exposição ocupacional:

- É o risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos potencialmente contaminados em trabalhadores que contactam com doentes ou produtos biológicos.

Objetivo:

- Prevenir o risco de infecção por vírus da Hepatite B, C ou vírus da Imunodeficiência Humana após exposição por acidente de trabalho a líquidos biológicos com possível risco de infecção.

Esquema Terapêutico:

- Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (200/245 mg 1 comp. 24/24 h) + Raltegravir 400 mg 1 comp. 12/12 horas, Durante 28 dias. Seguimento em consulta de Doenças Infeciosas 1; 3 e 6 meses

Novas Realidades:

- Recentemente, surgiu uma alternativa terapêutica injetável e de administração bimestral: Cabotegravir 200 mg + Rilpivirina 900 mg

CAPÍTULO 3

CUIDADOS PALIATIVOS: GESTÃO DO DOENTE COMPLEXO

Data de aceite: 02/05/2025

Catarina Pazes

Enfermeira Especialista na ULSBA

A prestação de cuidados a pessoas com doenças graves, especialmente em fases avançadas, exige uma abordagem holística, coordenada e centrada na pessoa e na sua família. Este workshop teve como objetivo explorar os princípios fundamentais dos cuidados paliativos na gestão do doente complexo, com destaque para a comunicação eficaz, o controlo de sintomas, o trabalho em equipa e o apoio à família.

O workshop foi preparado e dinamizado por mim, Catarina Pazes, tendo contado com a valiosa participação da médica Margarida Paixão Ferreira, também ela elemento do SICPBeja+, cuja colaboração enriqueceu o momento formativo e trouxe diferentes perspetivas clínicas à discussão.

Os cuidados paliativos devem ser integrados precocemente com os tratamentos dirigidos à doença,

promovendo uma abordagem centrada na pessoa. Neste workshop enfatizou-se o conceito de “dor total”, proposto por Cicely Saunders, que integra o sofrimento físico, emocional, social e espiritual, bem como a importância de um plano integrado de cuidados. Este plano respeita os valores, preferências e limites da pessoa, promovendo o planeamento de cuidados antecipado e ajustado ao longo da trajetória da doença.

A complexidade na prestação de cuidados pode surgir da multiplicidade de sintomas, da coexistência de várias doenças, de fatores psicossociais e culturais, da dinâmica familiar ou de dificuldades na gestão e articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A avaliação e a gestão eficaz dos sintomas, com recurso a escalas validadas e equipas treinadas, são elementos essenciais para garantir o acesso a cuidados de saúde adequados quando se vive uma situação de doença grave e/ou incurável.

Durante o workshop, foram também analisadas as barreiras que comprometem

o controlo adequado dos sintomas, incluindo receios relacionados com a utilização de fármacos adequados, como opioides, a dificuldade em lidar com a proximidade da morte, a falta de formação e experiência dos profissionais, crenças pessoais e culturais, lacunas na comunicação entre equipas, com doentes e famílias, bem como restrições institucionais e organizacionais. Neste contexto, apresentou-se um modelo de controlo eficaz de sintomas, baseado em evidência e desenvolvido a partir de dados qualitativos, que enfatiza a importância de uma abordagem coordenada, sequencial e participada, com forte componente de comunicação e tomada de decisão partilhada.

Na sessão foi promovida a participação ativa de todos, com lugar à discussão de casos clínicos, representativos de diferentes contextos de complexidade em cuidados paliativos: doença oncológica avançada, demência em fase terminal, DPOC grave, insuficiência renal crónica terminal e cancro em tratamento ativo. Estes casos foram adaptados às questões levantadas durante o workshop, baseando-se em situações reais vividas pelos próprios profissionais em formação. Esta metodologia permitiu uma maior aproximação à realidade prática e proporcionou um momento formativo especialmente rico, dinâmico e participativo, onde os conhecimentos teóricos puderam ser integrados com a experiência e os desafios concretos dos participantes.

A gestão do doente complexo em cuidados paliativos requer competências clínicas, éticas e relacionais, bem como uma articulação eficaz entre equipas hospitalares, cuidados de saúde primários, comunidade e redes de apoio social. A personalização dos cuidados, com foco na qualidade de vida e no bem-estar global da pessoa e da sua família, deve ser o eixo central de toda a intervenção em saúde.

CAPÍTULO 4

ELETROCARDIOGRAFIA: INTERPRETAÇÃO E PRIORIZAÇÃO

Data de aceite: 02/05/2025

Armando Rocha

Enfermeiro Especialista na ULSBA

No âmbito das **I Jornadas Interdisciplinares de Medicina Interna da ULSBA**, realizadas entre os dias 19 e 21 de março de 2025, foi promovido o workshop intitulado “**Monitorização Eletrocardiográfica - Interpretação e Priorização de Enfermagem**”, ministrado pelos enfermeiros **Armando Rocha e Ana Martins**, ambos enfermeiros do Serviço de Cardiologia da **ULSBA -HJJF Beja**.

Este workshop decorreu no dia **19 de março de 2025** e teve a duração de **2 horas**, integrando-se na temática central do evento: “*Sinergia em Saúde - Transformando Cuidados Multidisciplinares no Serviço de Medicina*”.

Com uma componente **teórica**, o workshop teve como principais objetivos:

- Rever os fundamentos da **anatomofisiologia cardíaca**;
- Identificar alterações do **ritmo**

cardíaco com impacto no estado de saúde da pessoa;

- Compreender as **intervenções de enfermagem** adequadas a cada alteração detetada.

A estrutura do curso abordou os seguintes tópicos:

- Anatomia e sistema elétrico cardíaco;
- Monitorização eletrocardiográfica;
- Interpretação de ritmos cardíacos;
- Intervenção de enfermagem nas arritmias.

Numa segunda parte do curso, uma componente prática, em que o grupo de formandos, divididos em dois grupos, foram apresentados casos clínicos específicos de situações de paragem cardiorrespiratória em bradi e taquidisritmias e tiveram a possibilidade

de por em prática e/ou expor dúvidas sobre os conteúdos abordados. Foram utilizados recursos como manequins de reanimação, monitores eletrocardiográficos, simulações de traçados cardíacos, medicações comumente utilizadas com base nas normas orientadoras e as boas práticas em saúde emanadas pelas ERS e CPR.

A sessão visou reforçar a importância da monitorização contínua e da atuação célere e fundamentada da enfermagem face às alterações eletrocardiográficas, promovendo uma abordagem clínica segura e centrada na pessoa.

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

CAPÍTULO 5

DIABETES SECUNDÁRIA A ALPELISIB, GESTÃO MULTIDISCIPLINAR. UM CASO CLINICO

Data de aceite: 02/05/2025

Cristina Ferro

Farmacêutica na ULSBA

Sara Machado

Farmacêutica na ULSBA

Sandra Coelho

Farmacêutica na ULSBA

Pedro Costa

Medico Internista na ULSBA

Paula Sadio

Farmacêutica na ULSBA

A evolução do panorama da Oncologia coloca desafios crescentes aos sistemas de saúde. Estratégias como a consulta farmacêutica oncológica (CFO) permitem o acompanhamento farmacêutico e a gestão da terapêutica.

O alpelisib é um inibidor da fosfatidilinositol-3-quinase (PIK3CA) que inibe a proliferação celular. Homem de 58 anos, diabético, com adenocarcinoma do cólon metastático com múltiplas linhas terapêuticas. Apresenta mutação no gene PIK3CA, pelo que iniciou alpelisib em 5a linha terapêutica (*off-label*).

Em CFO foi explicado ao doente a posologia e possíveis reações adversas medicamentosas (RAM). Foi reforçada a importância de comunicar todos os efeitos indesejáveis considerando uma utilização *off-label*. Foram pesquisadas interações medicamentosas (I Ms) com terapêutica habitual, mas que não se verificaram. NO a hiperglicemia ser uma RAM muito frequente do Alpelisib, foi solicitado que fizesse registo de glicemia, para monitorização e eventual intensificação do antidiabético oral (ADO). Por hiperglicemias, provavelmente secundárias ao alpelisib, sugeriu-se desprescrição da dexametasona e referenciado à Consulta de Diabetes (CD) para intensificação de dose de ADO. Em CD, por glicemias capilares >300 com cetonemia de 1,3, queixas de adinamia, cansaço e náuseas, referenciou-se ao SU. Foi internado para continuidade de cuidados, tendo sido a cetonemia resolvida, mas mantinha valores de glicemia elevados. Teve alta para a CD, onde iniciou insulina glargina e retomou metformina. O doente manteve

consultas regulares sempre com incremento das doses de insulina e manteve alpelisib até progressão de doença. Aquando da suspensão, os valores de glicémia diminuíram e foi feita redução gradual de insulina basal e prandial até suspender e ficar apenas com ADO. O doente foi incluído em Ensaio Clínico noutra instituição.

A RAM mais observada no ensaio de aprovação do Alpelisib foi a glicose plasmática aumentada (79,2%). O seguimento do doente em CFO permitiu educar o doente e antecipar a possibilidade de ocorrência de RAM. Tal fez com que o doente recorresse aos serviços de saúde atempadamente, evitando um problema de saúde que, no limite, colocaria em risco a vida. Apesar de difícil controlo glicémico, o acompanhamento permitiu que o doente realizasse a terapêutica oncológica até progressão da doença.

CAPÍTULO 6

CONDIÇÃO FÍSICA E COMPOSIÇÃO CORPORAL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADOLESCENTES PORTUGUESES E MIGRANTES EM ESCOLAS DO ALENTEJO

Data de aceite: 02/05/2025

Vítor Camacho

Fisioterapeuta na ULSBA

A Comunidade migrante tem crescido um pouco por todo mundo. Os adolescentes migrantes enfrentam desafios relacionados com a barreira linguística e adaptação cultural, o que pode condicionar o seu desenvolvimento e consequentemente a sua saúde. Nos últimos anos, observou-se mundialmente uma diminuição dos níveis de aptidão física na população jovem e um aumento da adiposidade. Elevados níveis de aptidão física parecem estar associados a baixos níveis de gordura corporal e de índice de massa corporal (IMC). As diferenças entre géneros também estão presentes nestas variáveis, sendo que os rapazes exibem melhor performance nos testes motores e menor gordura corporal. Apesar dos estudos refletirem as tendências destas variáveis, desconhecemos como é que se comportam entre a comunidade migrante. **Objetivo:** analisar o IMC e a condição física em

alunos portugueses e estrangeiros do 3º ciclo e Ensino Secundário. **Métodos:** A amostra incluiu 80 estudantes com idades entre 13 e os 18 anos, sendo 53 portugueses e 27 estrangeiros. Os estudantes foram avaliados segundo o protocolo FITESCOLA nos seguintes parâmetros: cor posição corporal, aptidão muscular e aptidão cardiorrespiratória. Os resultados foram agrupados em três categorias: “precisa melhorar”; “zona saudável”; e “perfil atlético”. Os dados foram analisados através do SPSS versão 29.0, utilizando estatística descritiva e testes não-paramétricos (Mann-Whitney), com nível de significância de 5%. **Resultados:** A percentagem de estudantes na “zona saudável” para o IMC – foi maior entre os estudantes portugueses (79,2%) em comparação com os estudantes migrantes (66,7%). Na aptidão muscular, em média, os estudantes portugueses apresentaram um desempenho superior ao dos estudantes Migrantes. Na aptidão cardiorrespiratória 88,9% dos estudantes migrantes situavam-se na categoria “precisa de

melhorar”, comparativamente a 60.4% dos estudantes portugueses ($p=0.022$). **Discussão e conclusões:** De um modo geral, os estudantes migrantes apresentavam níveis mais baixos de aptidão muscular e cardiorrespiratória em comparação com os portugueses. Contudo, é de salientar que, se verificaram baixos níveis de aptidão cardiorrespiratória. Os estudantes imigrantes non-alimente sofrem de isolamento social, pela sua inadaptação cultural ou barreira linguística, pelo que a escola, deve implementar estratégias específicas que permitam a integração do estudante na prática de atividade física regular.

PALAVRAS-CHAVE: IMC; aptidão muscular; aptidão cardiorrespiratória; estudantes

CAPÍTULO 7

ESTUDO PREVALÊNCIA ÚLCERAS POR PRESSÃO

Data de aceite: 02/05/2025

Maria Salomé Branquinho

Enfermeira Especialista na ULSBA

Bárbara Casaca

Enfermeira na ULSBA

Catarina Franco

Enfermeira na ULSBA

Maria João Moura

Enfermeira na ULSBA

Patrícia Páscoa

Enfermeira na ULSBA

Introdução: As úlceras por pressão (UPP's) são um indicador da qualidade dos cuidados de saúde e um problema de saúde pública, impactando a qualidade de vida dos doentes e familiares. Em meio hospitalar, a prevalência média é de 11,5%, chegando a 17,5% nos serviços de Medicina. Além disso, os doentes com UPP apresentam maior tempo de internamento e readmissões, aumentando os custos para o Serviço Nacional de Saúde. **Objetivos:** O presente projeto tem como objetivo geral prevenir UPP no serviço de Medicina I Ala direita. Os

objetivos específicos são calcular as taxas de prevalência e efetividade diagnóstica de UPP, determinar a localização das UPP com maior prevalência e formar os enfermeiros do serviço de Medicina I Ala.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado entre julho e dezembro de 2023, com todos os utentes internados no serviço mencionado. Os dados foram recolhidos por consulta de processos clínicos e observação direta, sendo posteriormente organizados em tabelas e analisados. **Resultados:** A análise dos dados de julho a dezembro de 2023 revelou uma taxa de prevalência de UPP de 12,02%, com uma efetividade diagnóstica de 63,63%. As localizações anatômicas mais afetadas foram a região sagrada e os calcâneos, devido à pressão constante nessas áreas, especialmente em utentes acamados. Durante o período do estudo, o serviço consumiu 1.761,90€ em material de penso. **Discussão:** Comparando com um estudo anterior (2011-2012), onde a taxa de prevalência variou entre 36,44% e 40,89%, observou-se uma redução

significativa de mais de 20%, sugerindo melhorias na prevenção e tratamento de UPP. A efetividade diagnóstica no período analisado foi de 63,63%, próxima ao valor de 66,93% do estudo anterior. A efetividade diagnóstica é crucial para a identificação precoce e tratamento adequado das UPP, prevenindo complicações e promovendo a recuperação dos utentes. Além disso, verificou-se uma redução nos custos com material de penso, associada à formação da equipe de enfermagem, que contribuiu para um uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

Conclusão: A UPP impacta a qualidade de vida dos doentes e aumenta os custos do sistema de saúde, tornando a prevenção essencial. As intervenções de enfermagem devem basear-se em evidências científicas para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Ferida; Úlcera Por Pressão; Cicatrização; Internamento,

CAPÍTULO 8

O FARMACÊUTICO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR. ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA ULSBA

Data de aceite: 02/05/2025

Cristina Ferro

Farmacêutica na ULSBA

Paula Sadio

Farmacêutica na ULSBA

Vanda Lopes

Farmacêutica na ULSBA

Introdução: O farmacêutico hospitalar (FH) é fundamental na equipa multidisciplinar, intervindo na reconciliação terapêutica, validação de prescrições e monitorização da terapêutica. **Objetivo:** Analisar e caracterizar as intervenções farmacêuticas (IF) realizadas na validação das prescrições médicas. **Métodos:** Estudo unicêntrico, retrospectivo e descritivo, realizado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), através da consulta da plataforma EpriFarm, no período entre 01-01-2022 e 31-12-2024, onde foram analisadas e quantificadas as IF registadas. **Resultados:** Foram registadas 990 IF em 90.326 prescrições médicas e 18.840 doentes internados. As IF de 2024 correspondem a 64% do total de IF e destacam-se as que

estão relacionadas com adequação de doses e frequência de administração (56%). A Medicina I e a Ortopedia foram os serviços que registaram o maior número de IF (243 e 223, respetivamente), seguidos de Medicina II e das Cirurgias. A aceitabilidade das IF por parte da equipa médica foi de 100% nos serviços de Ginecologia, Obstetrícia e Otorrino, 88% na Ortopedia e 78% na Psiquiatria. O contacto telefónico com o médico prescritor ou com o enfermeiro foi a principal forma de IF (47%), seguida da IF em reunião clínica (22%). **Discussão:** Em 2024 observou-se um aumento em mais do dobro das IF comparativamente aos anos anteriores, o que poderá estar relacionado com um maior rigor no registo das IF por parte dos FH. As IF mais realizadas relacionam-se com a adequação de doses e a frequência de administração, uma vez que tem havido uma preocupação crescente do FH no ajuste de dose à função renal dos doentes. Os serviços com maior número e maior aceitabilidade das IF têm o FH integrado nas reuniões clínicas, o que favorece a comunicação com a equipa e,

consequentemente, os outcomes. A atuação do FH contribui para a otimização terapêutica, redução de erros de medicação e aumento da segurança do doente, resultando num impacto positivo nos cuidados de saúde e, consequentemente, na sua valorização ao nível do contexto multidisciplinar.

CAPÍTULO 9

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM RETALHO COSTAL: SCOPING REVIEW

Data de aceite: 02/05/2025

Débora Manços

Enfermeira na ULSBA

Luís Barreiros

Enfermeiro na ULSBA

Paulo Sabino

Enfermeiro Especialista

Silvério Pisa

Enfermeiro no INEM

Enquadramento: o Retalho Costal (RC) origina inúmeras consequências , a maioria das quais considerada como critério de gravidade, com evidente risco de vida para a pessoa afetada. O seu tratamento assume assim uma importância elevada para um desfecho favorável, onde se destaca o papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com RC. **Metodologia:** Scoping Review (ScR), com análise de artigos publicados nas bases de dados e motores de busca PubMed Central (PMC), PubMed, EBSCO, B-On, LILACS/BVS, JSTOR, Scielo e Cochrane, com descritores MeSh e DsCS, com seleção final de 4

artigos. **Resultados:** Os estudos revelam a existência de inúmeras intervenções que podem ser realizadas, de forma precoce e imediata, para evitar o aumento do risco de vida da pessoa com RC, onde se destacam a administração de terapêutica analgésica, os posicionamentos ou a colocação de dispositivos clínicos. **Conclusões:** Verificou-se a importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com RC, seja pela presença transversal em todos os planos de cuidados, pela identificação de situações de potencial risco de vida ou pelas intervenções que este profissional pode executar.

CAPÍTULO 10

ELEVAÇÃO DA CABECEIRA E HIPERTENSÃO CRANIANA APÓS ACIDENTE TRAUMÁTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 02/05/2025

Paulo Sabino

Enfermeiro Especialista

Catarina Franco

Enfermeira na ULSBA

Enquadramento: As lesões traumáticas cerebrais (LTC) originam inúmeras consequências, refletindo-se em incapacidades várias ou até mesmo a morte da pessoa afetada. Uma das suas consequências é a hipertensão intracraniana (HIC), a qual acarreta muitas das alterações que podem ser sentidas pelas pessoas e visualizadas pelos profissionais de saúde- o seu tratamento assume assim uma importância extrema para a obtenção de um desfecho favorável, onde se destaca a elevação da cabeceira (EdC) e a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esse problema. **Objetivo:** Analisar a evidência científica disponível sobre a utilização da EdC na prevenção da HIC após incidente traumático. **Metodologia:** Revisão Sistemática da Literatura (RSL), com

análise de artigos publicados nos motores de busca e bases de dados PubMed Central (PMC), PubMed, EBSCO e B-on, com descritores MeSH e DeCS, com seleção final de 9 artigos. **Resultados:** Os estudos descrevem inúmeras intervenções que podem ser realizadas , de forma precoce e imediata, para prevenir a HIC. Onde se destaca a EdC como único método não farmacológico. **Conclusões:** Verificou-se que a EdC encontra-se inserida numa bundle de intervenções de prevenção da HIC, sendo no entanto o único método não farmacológico. Não existe um consenso sobre o valor chave da EdC, situando-se ao redor dos 30°. Destaca-se ainda o papel do enfermeiro, pela possibilidade de planeamento, execução e avaliação deste tipo de intervenção, no decorrer das suas intervenções autónomas.

CAPÍTULO 11

PNEUMONIA A LEGIONELLA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Data de aceite: 02/05/2025

Sandra Sepúlveda

Médica Internista da ULSBA

Mónica Pereira

Médica Internista da ULSBA

Catarina Serafim

Médica Internista da ULSBA

Patrícia Serpa Soares

Médica Internista

Pedro Costa

Médico Internista da ULSBA

Introdução: A infecção por Legionella foi identificada pela primeira vez em 1976 quando houve um surto de pneumonia fatal numa convenção da Legião Americana sendo designada como doença dos legionários. É causada pela bactéria gram-negativa *Legionella pneumophila*, estando descritas pelo menos 48 espécies com um total de 70 serogrupos, metade destas comprovadamente patogénicas para o homem. É frequentemente adquirida ao inalar gotículas de água contaminada não sendo demonstrada transmissão interpessoal.

Caso Clínico: Homem 64 anos, com antecedentes de etanolismo e tabagismo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, vômitos, cefaleia e febre de 4 dias. Esteve no SU 2 dias antes pelas mesmas queixas. Exame objetivo: T 39.42C, pressão arterial 167/72mmHg; frequência cardíaca 112bpm; Auscultação sem alterações. Análises com leucocitose 14990 10³/uL, neutrofilia 88% e PCR 28mg/d1. Radiografia (Rx) tórax com cisurite direita. Teve alta medicado com Amoxicilina + Ác. clavulânico.

Regressa após 2 dias por manter queixas e sensação de desequilíbrio de novo. Na avaliação: 739.290, FC 110 bpm, eupneico com sO₂ de 91% em ar ambiente, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda e fúndos bibasais, discurso lentificado mas orientado.

Análises com aumento PCR 30mdclf, Rx de tórax com hipotransparência na base esquerda, TC tórax com pequeno derrame pleural esquerdo, extensas consolidações alveolares no lobo inferior esquerdo.

Por manter cefaleia realizou TC CE com enfartes lacunares antigos e por persistência da febre realizada punção lombar sem alterações Multiplex respiratório detetou Rhinovirus, antigenúria positiva para Legionella.

Assumida Pneumonia a Legionella com insuficiência respiratória hipoxémica, iniciou levofloxacina e internou-se. Realizou 02, broncodilatadores e cinesioterapia, com melhoria clínica progressiva. Teve alta para consulta de Medicina.

TC de tórax de reavaliação mantendo condensações bilaterais mais evidentes à esquerda .

Conclusão: A Legionella é um importante agente da pneumonia adquirida na comunidade que exige internamento hospitalar, nos casos graves. A antibioterapia empírica deve incluir um antibiótico eficaz para este agente. A possibilidade de infecção polimicrobiana deve ser sempre despistada, sobretudo no doente imunocomprometido. O quadro clínico é inespecífico, Assim para realizar o diagnóstico é importante a pesquisa do antígeno urinário e amostra de expectoração.

QUANDO A ANAMNESE NÃO CONTA A VERDADE: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

Data de aceite: 02/05/2025

Nádia Sofia Brito

Médica de Medicina Geral e Familiar da
ULSBA

Introdução: A febre de origem indeterminada continua a ser um desafio diagnóstico na prática clínica, exigindo uma abordagem sistemática para identificar múltiplas etiologias possíveis - infeciosas, neoplásicas, autoimunes. A infecção pelo VIH pode manifestar-se de forma insidiosa, simulando diversas patologias, tornando o seu diagnóstico difícil e muitas vezes, tardio.

Caso Clínico: Homem de 46 anos, casado, saudável. Múltiplas idas ao Serviço de Urgência no espaço de dois meses, por um quadro de febre de predomínio noturno associado a tosse seca, cefaleias, astenia e perda ponderal. O utente negava consumo de substâncias tóxicas, viagens recentes ou comportamentos sexuais de risco. Os exames realizados ao longo destes episódios de urgência (análises laboratoriais, ecografia abdominal, TC abdominal) não apresentavam alterações.

No quinto episódio de urgência, o doente ficou internado para estudo do quadro. Nesta altura, colheu hemoculturas e uroculturas, e foram solicitados estudos imunológicos e infeciosos. Fez também broncofibroscopia, TC crânio-encefálica e punção lombar.

O diagnóstico finalmente chegou: SIDA (infecção por VIH1), Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e Meningite criptocócica. Foi instituída terapêutica antiretroviral e antifúngica. Após melhoria clínica, teve alta e foi encaminhado à consulta de Doenças infeciosas.

Discussão: A infecção por VIH pode permanecer assintomática durante anos e manifestar-se de forma inespecífica em fases avançadas da imunodeficiência. O estabelecimento do diagnóstico é determinante para a sobrevivência e para a qualidade de vida do doente. Portanto, é importante que o médico considere a infecção por VIH no diagnóstico diferencial de febre prolongada, e de um quadro constitucional, mesmo quando não se identificam fatores de risco na anamnese, uma vez que estes podem ser facilmente ocultados pelo doente.

CAPÍTULO 13

SEGURANÇA DO UTENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) - EXEMPLOS DE COMO OPERACIONALIZAR

Data de aceite: 02/05/2025

Inês Sayanda

Médica Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar da ULSBA

A segurança do utente é um dos pilares fundamentais para a qualidade nos cuidados de saúde primários (CSP). Para garantir serviços seguros e eficazes, é essencial adotar abordagens sistemáticas que permitam identificar riscos, monitorizar indicadores de desempenho e implementar melhorias. Duas metodologias amplamente reconhecidas para esse fim são o Balanced Scorecard (BSC) e a Análise de Criticidade dos Modos de Falha e seus Efeitos (FMECA - Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis).

O BSC é uma ferramenta de gestão estratégica que permite traduzir a missão e a visão das organizações em objetivos claros e mensuráveis, distribuídos em quatro perspetivas: sustentabilidade, utentes, processos internos e aprendizagem/crescimento. Esta apresentação visa a aplicação do

BSC no mapa de riscos de uma unidade funcional e assim permitir a identificação de áreas críticas de vulnerabilidade nos serviços de saúde, direcionando esforços para mitigação de riscos e melhoria continua. O BSC apresentado detetou múltiplos riscos na unidade e permitiu de forma regular acompanhar o seu processo de resolução, agilizando a articulação dos diferentes intervenientes.

Por outro lado, a FMECA é uma metodologia sistemática de análise de riscos que identifica potenciais falhas em processos, avalia seus impactos e define a criticidade de cada uma. Essa abordagem permite priorizar ações corretivas e preventivas, minimizando riscos para os utentes. Neste trabalho a metodologia FMECA foi desenvolvida tendo por base a análise do circuito da consulta de vigilância de diabetes de uma unidade funcional de CSP. Foram identificadas oito potenciais falhas, das quais 3 foram críticas. Este potencial fracasso é uma prioridade. Também foram detetadas potenciais 'falhas com risco considerável para o utente, cujas

soluções propostas são de simples implementação, com efeitos imediatos e de longo prazo. No exemplo apresentado foi possível reduzir em 50% e 67% o potencial de ocorrência de duas falhas identificadas, resultando na imediata melhoria da segurança do utente. A integração do BSC e da FMECA potencializa a segurança do utente ao aliar a monitorização de indicadores estratégicos gestão proativa de riscos. O BSC permite visualizar o impacto das melhorias implementadas, enquanto a FMECA identifica e mitiga vulnerabilidades nos processos de cuidado. Dessa forma, a combinação dessas ferramentas contribui para a construção de um ambiente mais seguro e eficiente nos cuidados de saúde primários, beneficiando tanto os utentes quanto os profissionais envolvidos.

CAPÍTULO 14

O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2025

Maria Matilde Campos

Faculdade de Psicologia da Universidade
de Lisboa

O Burnout pode ser caracterizado por um estado de exaustão físico e mental causado pela vida profissional do individuo (O'Connor et al. 2018), nomeadamente pelo stress provocado pela condição laboral. Esta é considerada uma perturbação que ocorre no individuo, sendo caracterizada, não só pela exaustão emocional referida anteriormente descrita como um sentimento de escassez de recursos físicos e emocionais como também um fenómeno de despersonalização e a uma diminuição da realização pessoal (Jackson et al., 1981).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020), muitas profissões, por implicarem um elevado envolvimento emocional ou frequente contacto com o “outro”, podem construir grupos especialmente vulneráveis a este problema de Saúde. São por isso alvo de um importante cuidado no que toca à prevenção

da sua ocorrência.

Assim, o presente trabalho visa explorar, de forma concisa e fundamentada, o fenómeno do burnout nos profissionais de saúde. Este tem como objetivo analisar literatura existente relativa ao seu tema base, a fim de tornar possível uma melhor compreensão de uma estado considerado problemático e que ganha cada vez mais terreno no nosso dia a dia, muitas vezes sem termos consciência de tal. Foram, consequentemente, analisados os artigos científicos ou publicações já existentes nos últimos 2 anos, para que seja possível identificar e destacar o burnout nos seus diferentes aspectos, nomeadamente a sua definição, características, sintomas, possíveis fatores para o seu desenvolvimento, contextos, estratégias de coping para reduzir o seu impacto, e burnout no período da pandemia COVID-19. Assim, o trabalho constitui um objetivo de destaque para a importância de precauções a serem tomadas, alertando para as consequências negativas que este pode trazer para o individuo e para a Sociedade.

RESUMO DA MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

CAPÍTULO 15

ANÁLISE DA NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITAS DE REAÇÕES ADVERSAS AO TRAMADOL, TAPENTADOL E MORFINA NO SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA (1992-2024)

Data de aceite: 02/05/2025

João Figueirinha

Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Universidade do Algarve, Faro, Portugal
Algarve Biomedical Center Research
Institute (ABC-Ri), Universidade do
Algarve, Faro, Portugal

Jaime Conceição

Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Universidade do Algarve, Faro, Portugal
Algarve Biomedical Center Research
Institute (ABC-Ri), Universidade do
Algarve, Faro, Portugal
Centro de Estudos Interdisciplinares
(CEIS20), Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal

RESUMO: Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde, a Farmacovigilância é a ciência e conjunto de atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos indesejáveis (ou reações adversas) ou qualquer outro problema de segurança relacionado com medicamentos. O Sistema Português de Farmacovigilância foi criado em 1992 e atualmente é constituído por 9 unidades regionais de Farmacovigilância.

O *tramadol*, o *tapentadol* e a *morfina* são fármacos agonistas opioides μ utilizados no tratamento da dor nociceptiva moderada a severa. Devido à inibição da recaptação da noradrenalina, o *tapentadol* e o *tramadol* também são eficazes na dor neuropática.

Objetivo: Pretendeu-se analisar a notificação de suspeitas de reações adversas ao *tramadol*, *tapentadol* e *morfina* em Portugal, desde 25 de setembro de 1992 até 31 de dezembro de 2024.

Método: Análise retrospectiva das notificações de suspeitas de reações adversas através do *Dashboard* de dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância coordenado pela Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Os dados foram recolhidos no dia 31 de janeiro de 2025.

Resultados: No total, foram reportadas 633 suspeitas de reações adversas. O *tramadol* apresentou o maior número de notificações ($n=330$; 52,1%), seguido pelo *tapentadol* ($n=198$; 31,3%) e pela *morfina* ($n=105$; 16,6%). Os dados revelaram

um aumento do número de notificações de suspeitas de reações adversas desde 1992, apresentando um máximo de notificações para o *tramadol* em 2024 (n=33; 10,0%), para o *tapentadol* em 2020 (n=35; 17,7%) e para a *morfina* nos anos de 2016, 2018, 2021, 2022 e 2024 (n=12; 11,4%). A maioria das suspeitas de reações adversas ocorreram em adultos (n=321; 50,7%), seguido dos idosos (n=201; 31,8%). As mulheres foram as mais afetadas (n=425; 67,1%). A distribuição das suspeitas de reações adversas por grupo etário e sexo de cada fármaco seguiu o mesmo padrão.

Examinando as *system organ classes (SOC)* (n=1807), verificou-se que os distúrbios do sistema nervoso (n=348; 19,3%), os distúrbios gerais e quadros clínicos no local de administração (n=335; 18,5%), os distúrbios gastrointestinais (n=323; 17,9%), os distúrbios dos tecidos cutâneos e subcutâneos (n=182; 10,1%) e os distúrbios psiquiátricos (n=120; 6,6%) foram os mais referidos. No que diz respeito aos *preferred terms (PT)* (n=1019), os mais notificados foram náuseas (n=93; 9,1%), tonturas (n=88; 8,6%), vômitos (n=77; 7,6%), prurido (n=44; 4,3%) e sonolência (n=36; 3,5%). Analisando cada fármaco individualmente, evidencia-se que os *PT* mais notificados para o *tramadol* (n=639) foram as náuseas (n=56; 8,8%), vômitos (n=56; 8,8%), tonturas (n=51; 8,0%) e prurido (n=25; 3,9%); os *PT* mais notificados para o *tapentadol* (n=293) foram as tonturas (n=37; 12,6%), náuseas (n=33; 11,3%) e fármaco ineficaz (n=16; 5,5%); e os *PT* mais notificados para a *morfina* (n=87) foram o prurido (n=9; 10,3%), hipotensão (n=9; 10,3%), eritema no local de injeção (n=7; 8,0%), vômitos (n=7; 8,0%) e sobredosagem (n=6; 6,9%). Adicionalmente, salienta-se que a síndrome serotoninérgica foi um *PT* descrito para o *tramadol* (n=12; 1,9%) e *tapentadol* (n=5; 1,7%).

Conclusão: As principais conclusões obtidas foram as seguintes: i) o número de notificações de suspeitas de reações adversas aumentou gradualmente ao longo dos anos; ii) o *tramadol* apresentou o maior número de notificações de suspeitas de reações adversas; iii) a maioria das suspeitas de reações adversas ocorreram em adultos, sendo as mulheres as mais afetadas; iv) os distúrbios do sistema nervoso foram a *SOC* mais notificada; v) as náuseas foram o *PT* mais notificado; e vi) cada fármaco opioide apresentou um perfil de efeitos indesejáveis distinto, de acordo com os *PT*.

Agradecimentos: Ao INFARMED pela utilização dos dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância. À Fundação Calouste Gulbenkian pela Bolsa Novos Talentos.

RESUMO DOS PÓSTERES

CAPÍTULO 16

O IMPACTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO DOENTE

Data de aceite: 02/05/2025

Benedito, V.

Carpinteiro, D.

Deus, I.

Duro, R.

Rodrigues, M.

Mestrando do 9º Mestrado em Associação de Enfermagem da Universidade de Évora, Disciplina de Enfermagem e Formação;

Introdução: A supervisão clínica é um processo cujo objetivo principal é estruturar a aprendizagem, construir conhecimento e desenvolver competências profissionais, analíticas e reflexivas. A Segurança do doente é da responsabilidade de todos, nomeadamente decisores, gestores, profissionais de saúde, utentes, famílias e cuidadores e passa por evitar, prevenir e minimizar os eventos adversos decorrentes de todo e qualquer processo de prestação de cuidados. De acordo com os Padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros,

a qualidade em saúde e a sua melhoria apresenta-se como um desafio para os profissionais de saúde. Simultaneamente, o Plano de Ação Mundial para a segurança do doente 2021-2030, pretende eliminar os danos evitáveis na sequência de cuidados de saúde inseguros. **Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre a segurança do doente em contexto de supervisão clínica de enfermagem. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão scoping, em que a pergunta que norteou o estudo foi: “Qual o impacto da supervisão clínica na segurança do doente?”.

CAPÍTULO 17

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA DIABETES

Data de aceite: 02/05/2025

Cabrita, P.

Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo;
²ISLA, Santarém – Instituto Politécnico

Grou, B.

Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo;
²ISLA, Santarém – Instituto Politécnico

Catarino, E.

Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo;
²ISLA, Santarém – Instituto Politécnico

Martinho, D.

Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo;
²ISLA, Santarém – Instituto Politécnico

Introdução: A inteligência artificial tem assumido um papel de destaque na sociedade atual, pela forma inovadora como consegue processar uma quantidade avultada de informação, relacionando-a entre si. A mesma, sob a forma de Machine Learning tem vindo a revolucionar a relação entre profissionais de saúde e utentes, relativamente à prevenção e tratamento da sua doença. Este subgrupo da ‘inteligência artificial tem sido promotor de importantes contributos inovadores, que pretendem

transformar o diagnóstico, o tratamento e a monitorização das doenças crónicas, como a Diabetes Mellitus Tipo I. Os Sistemas Automáticos de Administração de Insulina são o resultado disso mesmo, derivando da implementação de algoritmos computacionais nesta área. É objetivo deste artigo refletir sobre a aplicação do Machine Learning à monitorização e controlo da Diabetes Mellitus Tipo I.

Métodos: De modo a dar cumprimento ao objetivo realizou-se uma revisão da literatura sobre Inteligência Artificial e Machine Learning aplicada à monitorização e controlo da Diabetes Mellitus Tipo I.

Discussão/ Reflexão: Procedeu-se á análise da aplicabilidade da Inteligência Artificial, mais precisamente dos algoritmos de Machine Learning no tratamento da Diabetes Mellitus Tipo I. A utilização dos Sistemas Automáticos de Administração de Insulina tem-se revelado eficaz na melhoria do controlo da patologia, assim como na redução das suas complicações a curto e longo prazo, promovendo a qualidade de vida dos doentes e minimizando o impacto

económico que a doença representa para o sistema de saúde. **Conclusão:** Apesar dos benefícios serem claros e inequívocos, existem questões que se colocam à sua utilização e que importa refletir, nomeadamente as questões relacionadas com a automatização de processos, não excluindo a intervenção e vigilância dos profissionais de saúde nesta mudança de paradigma.

O PAPEL DO LABORATÓRIO NO DIAGNÓSTICO DA SINDROME ANTI-FOSFOLIPIDICO: O ANTICOAGULANTE LÚPICO

Data de aceite: 02/05/2025

Patrão, R.

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Loução, A.R.

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Pereira, I.¹

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Introdução: A Síndrome Antifosfolípido (SAF) é uma doença autoimune sistémica caracterizada por eventos trombóticos recorrentes e complicações obstétricas, associada à presença persistente de anticorpos antifosfolípidicos (aPL). O Anticoagulante Lúpico (LA) é um dos principais marcadores laboratoriais para o diagnóstico da SAF, o nome pode levar a falsas interpretações, pois não se trata de um anticoagulante real, mas sim de um fenômeno *in vitro* que confere um estado pró-trombótico *in vivo*. Este trabalho visa fazer uma revisão do método analítico do Anticoagulante Lúpico e a sua Interpretação clínica.

Método: A fase pré-analítica é crucial no processo laboratorial, pois garante a

obtenção de resultados mais precisos para o diagnóstico da SAF.

A abordagem diagnóstica do LA segue um protocolo em três etapas, incluindo testes iniciais como o *Diluted Russell Viper Venom Time* (dRV.VT) e o Tempo de tromboplastina ativado/APTT (PTT-LA), seguidos por testes confirmatórios baseados na correção com alta concentração de fosfolípidos. A correta interpretação dos testes laboratoriais é essencial para um diagnóstico preciso e para a gestão clínica adequada da SAF. Além disso, recomenda-se a repetição dos testes após 12 semanas, em casos de positividade inicial, conforme diretrizes internacionais, para garantir a persistência dos anticorpos aPL positivos.

Conclusão: A colaboração entre equipes clínicas e laboratoriais, bem como a atualização contínua dos métodos e diretrizes laboratoriais são fundamentais para garantir diagnósticos confiáveis e um tratamento eficaz para pacientes com SAF.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM CONTEXTO DE VIAGEM PROLONGADA: CASO CLÍNICO

Data de aceite: 02/05/2025

Brito, N.

Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja,
ULSBA

Régua, A.

Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja,
ULSBA

Cravo, A.

Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja,
ULSBA

Fernandes, D.

Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja,
ULSBA

Mykhailyshyn, T.

Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja,
ULSBA

seja aproximadamente três vezes maior em indivíduos que viajaram nas últimas oito semanas, em comparação com a população em geral, com cerca de 3,2 casos por 1000 pessoas/ano expostas a viagens de longa duração.

O diagnóstico clínico é desafiante, sendo essencial a avaliação clínica. O tratamento baseia-se na anticoagulação, visando a prevenção da progressão do trombo e das complicações.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 71 anos, autónoma, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, que recorreu à consulta de doença aguda por dor na região gemelar direita com três semanas de evolução. Referia início insidioso da sintomatologia, após uma viagem prolongada de avião seguida de viagem de autocarro também prolongada.

Ao exame objetivo, apresentava edema e empastamento gemelar direito.

Foi solicitado estudo complementar com ecodoppler que revelou a existência de trombose venosa poplítea.

Introdução: A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma patologia resultante da formação de coágulos no sistema venoso profundo, frequentemente nos membros inferiores.

O conceito de “síndrome da classe económica” descreve-se a associação entre viagens longas e o risco aumentado de eventos tromboembólicos. Estima-se que o risco de se desenvolver TVP

Foram solicitados D-dímeros que, com o esperado, estavam aumentados (2073 ng/mL). Iniciou antocoagulação com rivaroxabano, indicou-se a utilização de meias compressivas e foi orientada para seguimento em consulta de Patologia Venosa.

Discussão: O caso ilustra a importância da suspeição clínica de TVP, especialmente em doentes expostos a períodos de imobilização prolongada. A anamnese detalhada foi crucial para o diagnóstico. Destaca-se a necessidade dessensibilização para medidas preventivas sem viagens prolongadas, como a mobilização periódica e, em casos selecionados, profilaxia por meio de utilização de mais elásticas e/ou terapêutica profilática, esta última, reservada a doentes de alto risco.

CAPÍTULO 20

PREVALÊNCIA DE ENTEROBACTERIALES RESISTENTES AOS CARBAPENEMES NA ULSBA

Data de aceite: 02/05/2025

Galhardo, A.

Serviço de Patologia Cínica da ULSBA

Fonseca, A.

Serviço de Patologia Cínica da ULSBA

Introdução: A resistência aos antibióticos é uma ameaça crescente para a saúde, sendo que se estima que em 2050 este problema seja responsável pela morte de 10 milhões de pessoas por ano a nível mundial. Os doentes com infecções causadas por bactérias resistentes necessitam frequentemente de hospitalizações mais longas, levando ao aumento dos custos associados ao mesmo, tendo assim um impacto negativo nos sistemas de saúde. Em fevereiro de 2025 o European Centre for Disease Control (ECDC) atualizou a problemática das Enterobacteriales resistentes aos carbapenemes de elevado para muito elevado, onde se incluem Klebsiella pneumoniae e E. Coli.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi a identificação da prevalência de enterobacteriales resistentes aos

carbapenemes, em amostras invasivas, na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

Metodologia: Foram recolhidos dados entre 2019 a 2023 dos isolamentos de Enterobacteriales resistentes aos carbapenemes, em amostras de hemoculturas e liquor, na ULSBA. Estes foram compilados em Excel e a análise estatística realizada por SPSS.

Resultados: De acordo com dados publicados pelo ECDC, Portugal registou um aumento de cerca de 43% de novos casos por 100 000 habitantes, de K. pneumoniae resistentes aos carbapenemes, entre 2019 a 2023. Ocupando o nosso país o sétimo lugar entre os restantes países da Europa. Na ULSBA verificou-se para os isolamentos de K. pneumoniae a não existência de resistência aos carbapenemes entre 2019 a 2022 e em 2023 uma taxa média de resistência de 7,69%, sendo que a nível nacional os valores também sofreram um aumento de 10,9 % para 13.1%. Para os isolamentos de E. coli resistentes aos carbapenemes, entre 2019 e 2023 a ULSBA não apresentou nenhum caso, Em Portugal,

Registou-se um aumento dos valores das taxas médias de resistência de 0,1% para 0,5%. Os dados do ECDC indicam que, entre 2019 e 2023, a incidência apenas baixou na Finlândia (-66,7%) e na Irlanda (-63,6%).

Conclusão: Através dos dados apresentados por este trabalho, é possível concluir a elevada importância na melhoria das medidas implementadas para a prevenção e controlo de infeções hospitalares na ULSBA, a fim de proporcionar uma melhor prestação de cuidados de saúde.

CAPÍTULO 21

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 02/05/2025

Páscoa, P.

Enfermeira na ULSBA

Casaca, B.

Enfermeira na ULSBA

Franco, C.

Enfermeira na ULSBA

Moura, M.

Enfermeira na ULSBA

Branquinho, M.

Enfermeira Especialista na ULSBA

Introdução: As úlceras por pressão (UPP) representam um dos maiores desafios nos cuidados de saúde, especialmente em populações envelhecidas e com mobilidade reduzida. Estas lesões, que resultam da pressão prolongada sobre áreas específicas do corpo, estão frequentemente associadas a complicações graves, como infecções, dor crónica e aumento do tempo de internamento. Apesar dos avanços significativos na medicina e nos cuidados de enfermagem, as UPP continuam a ter um impacto profundo na qualidade

de vida dos doentes e nos custos dos sistemas de saúde. **Objetivos:** Delineou-se como objetivos deste estudo de caso, refletir sobre o planeamento e prestação dos cuidados de enfermagem e avaliar a evolução do processo de cicatrização das úlceras em função dos materiais de penso utilizados. **Metodologia:** Este estudo de caso foi realizado num hospital do Alentejo, no serviço de medicina interna e descreve a evolução clínica de uma doente de 90 anos com onze lesões cutâneas, em que dez eram UPP's e uma era ferida traumática, com destaque na úlcera da região sacrococcígea, que registou a maior evolução cicatricial durante o período de internamento. Durante este período de tempo procedeu-se à avaliação, caracterização, implementação de tratamento e registo fotográfico. **Resultados:** A úlcera da região sacrococcígea, era a mais grave e complexa, apresentando tecido necrosado e sinais inflamatórios. Após implementação do tratamento adequado, no sentido de controlar e diminuir a carga microbiana e

promover a granulação, observou-se que após 24 dias de tratamento, a úlcera da região sacrococcígea registou uma evolução cicatricial significativa, com cerca de 90% de preenchimento com tecido de granulação.

Conclusão: O estudo demonstrou que uma abordagem multidisciplinar e baseada em evidências é fundamental para o tratamento eficaz de UPP. A úlcera da região sacrococcígea, apesar da sua complexidade, registou uma grande evolução cicatricial, destacando a importância de intervenções precoces e individualizadas. A comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem, a utilização de tecnologias avançadas (como colchões de pressão alternada) e a suplementação nutricional foram fatores-chave para o sucesso do tratamento.

PERFIL DE REFERENCIAÇÃO PARA A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS – 2024

Data de aceite: 02/05/2025

Biague, Q.

Equipa de Gestão de Altas da ULSBA

Carocinho, A.

Equipa de Gestão de Altas da ULSBA

Pinheiro, F.

Equipa de Gestão de Altas da ULSBA

Castro, A.

Equipa de Gestão de Altas da ULSBA

Rosa, T.

Equipa de Gestão de Altas da ULSBA

Introdução: a RNCCI é um dos pilares do SNS, que permite a transição dos doentes entre o contexto hospitalar e as diferentes tipologias de cuidados continuados integrados, garantindo a continuidade assistencial dos doentes, após a alta hospitalar. estes centram-se na recuperação da pessoa, promovendo a reabilitação, melhorando a sua funcionalidade e autonomia. A EGA é composta por uma equipa multidisciplinar responsável pelo planeamento e coordenação da alta hospitalar, garantindo a transição segura

dos doentes para os diferentes níveis de cuidados. **Objetivo:** Apresentar o trabalho desenvolvido pela EGA em 2024. **Metodologia:** Implementação de estratégias para otimizar a referenciação de doentes para a RNCCI.: Identificar e avaliar precocemente os doentes; Melhorar a proximidade com as equipas e envolver-las na tomada de decisão; Desenvolver o Projeto do SU/Ortopedia, assegurando a referenciação e a Integração de doentes na RNCCI, sem critérios de internamento hospitalar; Formação em serviço para a capacitação das equipas. **Resultados e**

Discussão: Em 2024, foram referenciados 336 doentes. Os principais diagnósticos foram fratura (33%) e AVC (22%), sendo a reabilitação o principal motivo de referenciação. A celeridade e eficiência no processo de referenciação e integração na RNCCI, foi um dos compromissos da EFA. Para tal, desenvolveu e implementou estratégias: articulação em ECR, ECL, ECCI e serviços de internamento; reuniões com as equipas; implementação do Projeto do SU/Ortopedia, com a referenciação e

integração de 10 doentes na RNCCI, em 48/72h; e a realização de formação nos serviços de internamento. **Conclusão e Perspetivas Futuras:** Os dados reforçam a importância da EGA na gestão hospitalar e na articulação com os diferentes intervenientes da RNCCI. Futuramente, pretende-se: aumentar as referenciações para ECCI; melhorar a colaboração entre profissionais de saúde dos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários; envolver equipas, doentes e famílias na tomada de decisão; garantir uma transição segura e eficaz para os diferentes níveis de cuidados, assegurando o bem-estar da população que cuidamos; criar o Serviço de Cuidados Continuados Integrados; e responder de forma eficaz às diretrizes da Direção Executiva do SNS.

CAPÍTULO 23

COMO E DO QUE MORREM OS NOSSOS DOENTES?

Data de aceite: 02/05/2025

Nádia Sofia Brito

Médica de Medicina Geral e Familiar da
ULSBA

Introdução: Portugal registou 125.223 óbitos em 2021. As doenças do aparelho circulatório estiveram na origem do maior número de óbitos, representando 25.9% da mortalidade total. Os tumores malignos foram a segunda causa de morte, correspondendo a 22% da mortalidade total, com um maior número de casos de cancro da traqueia, brônquios e pulmão. Tem destaque também a COVID-19, a terceira causa de morte, representando 10.4% do total de óbitos. **Objetivo:** Descrever e analisar as causas de morte dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar da região Alentejo. **Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo, realizado por colheita de dados através da consulta de processos clínicos de uma USF. Incluíram-se os óbitos registados durante o ano de 2021. Analisaram-se as seguintes variáveis de estudo: idade; género; data,

local e causa de óbito. A análise estatística foi realizada com recurso ao Microsoft Excel. Resultados: Registaram-se 220 óbitos, 49% do género feminino e 51% do género masculino. A idade mediana foi 82.5 anos (18-102 anos). 43% dos doentes faleceram no hospital. De entre as causas de óbito conhecidas, a morte por doença oncológica representou 32% das causas de morte, com mais casos registados em igual número de tumores malignos do pulmão e do pâncreas. A COVID-19 representou 14% das causas de morte conhecidas, e as doenças do aparelho circulatório representaram 9%. Discussão: 86% dos óbitos registaram-se em pessoas com mais de 65 anos. Na amostra, a principal causa de morte conhecida foi a doença oncológica, contrariamente ao que se verificou em Portugal, onde as doenças do aparelho circulatório assumiram o primeiro lugar. 26% dos doentes oncológicos faleceram no domicílio, todos eles eram acompanhados pela Equipa de Cuidados Paliativos. A senilidade foi identificada como causa de morte conhecida em 24%

dos casos, esta pode englobar outros motivos não identificados, o que pode de alguma forma enviesar os resultados. Merece destaque a COVID-19, responsável por 14% dos óbitos de causa conhecida. Portanto, verifica-se que as doenças oncológicas e as doenças do aparelho circulatório têm um peso significativo na mortalidade no país e na região Alentejo devido, em parte, ao estilo de vida e ao envelhecimento populacional.

NOVE ANOS DE EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DA HEPATITE C: RESULTADOS EM SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2025

Moleiro, A.

Serviços Farmacêuticos

Benigno, F.

Serviços Farmacêuticos

Marujo, P.

Medicina Interna Assistente Hospitalar,
ULSBA

Sadio, P.

Serviços Farmacêuticos

Coelho, S.

Serviços Farmacêuticos

Introdução: O aparecimento de Antivíricos de Ação Direta (AADs), a sua disponibilidade e equidade traduzida na uniformidade de tratamento e nível nacional, vieram contribuir para a eliminação da hepatite C crônica.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes da consulta de hepatite C e avaliar o uso e eficácia dos AADs. Identificar as intervenções farmacêuticas realizadas na validação dos regimes terapêuticos.

Método: Estudo observacional e retrospectivo de doentes medicados

com AADs no período de 2015 a 2024.

Variáveis recolhidas da aplicação Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento Glintt: sexo, idade e outro tipo de medicação; Portal da Hepatite C: genótipo e subtipo, grau de fibrose, tratamento prévio, carga viral basal e após 12 semanas término tratamento. Pesquisa de potenciais interações medicamentosas através do “Liverpool Hep interactions”.

Resultados: Foram tratados com AADs 180 doentes (83,33% sexo masculino), com mediana de idade de 48 anos, dos quais 23 são coinfetados com Vírus da imunodeficiência Humana (VIH). Do total, 125 eram naïves e 53 com exposição prévia a terapêutica dupla (interferon/ peginterferon + ribavirina). Destes, 35 apresentaram recidiva a terapêutica dupla, 6 foram respondedores nulos, 2 respondedores parciais, e 9 suspenderam o tratamento por efeitos adversos. Apenas 2 doentes apresentaram recidiva com AADs, os quais conseguiram RVS (resposta viral sustentada), com alteração de esquema com AADs. A mediana da carga viral basal

foi de 986557 UI/mL sendo o genótipo mais frequente o 1 (63,89%) e subtipo a (90%). Quanto ao grau de fibroso 61,11% dos doentes apresentaram estádio de fibrose não avançado. Dos 8 esquemas terapêuticos disponíveis, o mais prescrito foi Sofosbuvir/Ledipasvir (41,11%). Cerca de 51 % dos doentes era ex-consumidor de drogas endovenosas ou ex-consumidor ativo de drogas via não parentérica, e 15% tinham a condição de reclusos. Foram efetuadas 3 intervenções farmacêuticas (I F) por falta de adesão à terapêutica, 5 relacionadas com duração do tratamento, 4 relativas ao esquema terapêutico e verificadas 88 potenciais interações medicamentosas. **Conclusões:** Os AADs permitiram um salto qualitativo na abordagem farmacológica à Hepatite C, Contudo, a equipa de profissionais envolvidos na gestão multidisciplinar da terapêutica do doente, nunca desviou a atenção da exigência e elevado rigor para conseguir a efetividade e segurança do tratamento, tendo as suas intervenções contribuído para atingir os resultados em saúde, refletidos na RVS nos 180 doentes.

ADESÃO AO USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E IMPACTO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES

Data de aceite: 02/05/2025

Loução, R.

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Patrão, R.

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Galhardo, A.

Serviço de Patologia Clínica da ULSBA

Introdução: O ambiente hospitalar, é um dos locais mais suscetíveis à propagação de microrganismos patogénicos, sendo que Portugal é o país da União Europeia com maior incidência estimada de infecções associadas aos cuidados de saúde. Desta forma, a adoção de boas práticas de prevenção e controlo de infecção por parte dos profissionais é de grande importância. Os EPIs (equipamentos de proteção individual) desempenham um papel crucial nesse contexto, pois são a barreira que protege profissionais de saúde, pacientes e demais indivíduos contra os riscos de contaminação por agentes biológicos, que podem causar infecções e lesões. **Objetivo:** Alertar para o impacto das boas práticas na utilização de EPIs pelos profissionais de saúde na

prestaçao de cuidados, na prevenção e controlo de infecções. **Metodologia:**

Revisão bibliográfica. **Resultados:**

Investir em EPIs de qualidade e na formação contínua dos profissionais é um compromisso essencial para a segurança e eficácia dos cuidados de saúde. Estudos indicam que aproximadamente 30% das infecções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis pela utilização correta de EPIs. A formação e campanhas de consciencialização são boas estratégias para reforçar a adesão às normas de biossegurança. Um estudo realizado em Portugal revelou que apenas 25,3% dos profissionais utilizavam os EPIs de forma correta, sendo esta taxa mais elevada nos Estados Unidos da América, com um valor de 34%, de acordo com outra publicação. O envolvimento dos trabalhadores na escolha dos EPIs aumenta também a sua aceitação. **Conclusão:** A adesão e o uso correto dos EPIs são fundamentais para a prevenção e controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde. O uso inapropriado dos EPIs tem consequências negativas para o Sistema de Saúde.

RESUMO DAS CONFERÊNCIAS

GOVERNAÇÃO E LIDERANÇA CLÍNICA

Data de aceite: 02/05/2025

Fernando Barroso

Enfermeiro Gestor da Unidade Local de Saúde Arrábida

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde exige modelos organizacionais que garantam não apenas a eficiência na utilização dos recursos, mas, sobretudo, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Neste contexto, o conceito de **governação clínica** emerge como uma abordagem integradora, que visa assegurar padrões elevados de prática clínica através da responsabilização institucional, da liderança profissional e da criação de uma cultura de melhoria contínua. A presente comunicação, teve como objetivo abordar os fundamentos e os pilares essenciais da governação clínica, articulando-os com o papel da liderança como elemento impulsionador da qualidade e segurança nos serviços de saúde.

A governação, no seu sentido mais amplo, refere-se ao sistema de direção

e controlo das organizações. Segundo Cadbury (1992), é o conjunto de princípios e mecanismos através dos quais as empresas (ou instituições) são conduzidas. No setor da saúde, esta definição ganha uma profundidade adicional, dado que a prestação de cuidados envolve múltiplas dimensões éticas, técnicas e humanas. Tal como enfatizado por Silva (2006), a governação deve garantir que a instituição realiza eficazmente os fins para os quais foi criada, respeitando as responsabilidades sociais inerentes à sua existência.

A governação clínica, conceito desenvolvido no contexto do National Health Service (NHS) no Reino Unido, é definida como uma estrutura através da qual as organizações são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos serviços, assegurando elevados padrões de prática clínica. Esta abordagem procura, acima de tudo, criar um ambiente onde a excelência se torne possível e sustentável, colocando a segurança do doente e a eficácia dos cuidados no centro da ação organizacional.

METODOLOGIA

A apresentação baseou-se numa análise conceitual e organizacional dos fundamentos da governação clínica, com recurso a referências clássicas e contemporâneas do setor da saúde. Foram utilizados documentos-chave como os relatórios do **Department of Health** do Reino Unido e o artigo seminal de **Gabriel Scally e Liam Donaldson** publicado no *BMJ* em 1998. Com base nesses referenciais, foi construída uma narrativa estruturada que permitiu abordar os elementos centrais da governação clínica, bem como os seus mecanismos de operacionalização nas instituições de saúde.

O conteúdo foi sistematizado em seis componentes principais: efetividade clínica, formação, inovação e desenvolvimento, transparência, gestão do risco e auditoria clínica. A metodologia baseou-se na exposição didática destes pilares, com articulação entre os conceitos teóricos e a sua aplicação prática. Foram também destacados os princípios transversais necessários para a implementação eficaz da governação, nomeadamente a responsabilização, a melhoria contínua e a liderança clínica.

Esta estrutura permitiu não apenas a apresentação dos conceitos fundamentais, mas também a discussão das condições organizacionais necessárias à implementação da governação clínica como modelo operativo.

RESULTADOS

A análise apresentada revelou que a governação clínica não é um conceito isolado ou meramente técnico, mas antes uma estrutura organizacional abrangente que integra diferentes áreas de atuação com um objetivo comum: garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Os resultados desta abordagem podem ser observados em várias dimensões do desempenho institucional.

O primeiro resultado identificado prende-se com o fortalecimento da **responsabilidade clínica**. A governação clínica exige linhas claras de responsabilização, tanto ao nível individual como organizacional. Cada profissional deve assumir a qualidade do seu desempenho, mas também colaborar na melhoria sistemática dos processos de cuidado. Esta visão integrada permite um ambiente mais transparente, no qual os erros podem ser discutidos, corrigidos e prevenidos.

A implementação de **programas de auditoria clínica** foi outro resultado destacado. Estes programas permitem avaliar continuamente a prática clínica, identificar áreas de risco, detetar não conformidades e propor ações corretivas. A auditoria não é vista como um mecanismo punitivo, mas sim como uma ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento.

A **gestão do risco** surge como uma área prioritária dentro da governação. Através de políticas e procedimentos claros, é possível identificar eventos adversos, quase-incidentes e fragilidades nos processos assistenciais. A análise de risco torna-se assim parte da rotina institucional, contribuindo para a prevenção de falhas e para o fortalecimento da segurança do doente.

Outro resultado da governação clínica é o reforço da **formação contínua** dos profissionais. A aprendizagem torna-se um processo permanente, permitindo que os enfermeiros e outros profissionais de saúde atualizem os seus conhecimentos e desenvolvam competências essenciais para responder às exigências clínicas e éticas do seu papel.

A **inovação e o desenvolvimento** institucional são também impulsionados por uma cultura de governação. Através da análise sistemática dos resultados e da valorização da evidência científica, as organizações de saúde tornam-se mais ágeis na adoção de novas tecnologias, práticas e modelos de organização do trabalho.

Por fim, foi evidenciado que a **liderança clínica** tem um papel catalisador na concretização destes resultados. Um modelo de governação sem liderança é estéril; são os líderes — formais e informais — que operacionalizam as políticas, mobilizam as equipas e promovem a cultura de segurança. A liderança deve ser distribuída, partilhada e sustentada por uma visão ética e humanista da prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

A governação clínica constitui, atualmente, um dos pilares fundamentais da gestão em saúde. A sua implementação efetiva exige uma transformação cultural profunda, que reconheça a importância da qualidade, da segurança e da responsabilização coletiva. Através da articulação entre os diferentes elementos que a compõem — efetividade clínica, auditoria, risco, formação, inovação e transparência —, é possível construir organizações mais resilientes, eficientes e centradas no doente.

A governação clínica não é apenas um modelo técnico, mas sobretudo uma filosofia de atuação institucional. É através dela que se cria um ambiente organizacional onde a excelência clínica se pode desenvolver. A liderança clínica, enquanto expressão prática dessa filosofia, assume um papel determinante, pois é através dela que se promovem mudanças, se constroem consensos e se mobilizam vontades.

Apesar dos desafios — entre os quais a resistência à mudança, a escassez de recursos e a falta de formação em liderança, a governação clínica é uma oportunidade. Uma oportunidade para repensar modelos de prestação de cuidados, para reforçar a segurança dos doentes, para valorizar os profissionais e para garantir que os serviços de saúde cumprem com a sua missão ética, social e clínica.

A governação clínica não se faz apenas a partir da gestão de topo, mas sim da participação ativa de todos os profissionais de saúde. Cuidar melhor é, também, governar melhor.

CAPÍTULO 27

BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2025

Claúdia Borralho

Psicóloga da ULSBA

Ana Cláudio

Psicóloga da ULSBA

A presente comunicação insere-se no âmbito do ProGeRPSi – Programa de Gestão de Riscos Psicossociais nos Trabalhadores da ULSBA, e teve como objetivo sensibilizar para o fenómeno do burnout entre os profissionais de saúde, promovendo a literacia em saúde mental e o bem-estar organizacional.

O burnout, classificado como fenómeno ocupacional pela Organização Mundial da Saúde (CID-11, código QD85), constitui uma resposta disfuncional ao stress crónico no trabalho, sendo prevalente em contextos de elevada exigência física e emocional como a área da saúde. Caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e percepção de baixa realização profissional (Maslach & Jackson, 1981), com implicações significativas ao nível da saúde mental e do desempenho organizacional.

Como principais fatores de risco associados ao burnout estão a carga de trabalho excessiva, falta de autonomia, desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional, relações laborais difíceis, entre outros.

Algumas das consequências desta condição vão desde alterações físicas e emocionais como alterações do sono e apetite, fadiga constante, dores musculares crónicas, labilidade emocional, ansiedade, depressão, comportamentos agressivos, até ao absentismo, presentismo e erros na prática profissional.

No âmbito do ProGeRPSi – Programa de Gestão de Riscos Psicossociais na ULSBA, foi delineada e implementada uma intervenção estruturada de caráter psicoeducativo, destinada a promover a saúde psicológica no local de trabalho – programa Vita-Q. Esta intervenção tem como base teórica os modelos cognitivo-comportamental e de psicologia positiva, integrando estratégias validadas empiricamente para a promoção da resiliência, autorregulação emocional e bem-estar psicológico (Seligman, 2011, 2018; Wright et al., 2018).

A metodologia assenta em nove sessões de grupo com frequência semanal, dirigidas a pequenos grupos (entre 6 a 12 participantes), com conteúdos programáticos centrados na comunicação interpessoal, gestão de conflitos, tomada de decisão, resiliência, stress, burnout e estratégias de relaxamento, motivação e auto estima. A estrutura das sessões inclui exercícios de resolução de problemas, brainstorming e treino de competências, promovendo a coesão grupal, a partilha de vivências e o suporte mútuo.

A avaliação do impacto da intervenção recorre a instrumentos psicométricos validados como o BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa Canavarro, 1995), o COPSOQ II (Kristensen, 2001; versão portuguesa Silva et al., 2011) e o WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1994, versão portuguesa Canavarro et al., 2006), permitindo aferir alterações nos riscos psicossociais, burnout, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica.

A comunicação teve como finalidade divulgar o programa, sublinhando a importância da intervenção precoce e da abordagem integrativa na promoção da saúde mental e da saúde ocupacional.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE - CAMINHOS PARA UMA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL HUMANISTA

Data de aceite: 02/05/2025

Henrique Martins

Médico Internista e Professor Universitário

Com o envelhecimento da população, a rápida evolução tecnológica e a produção intensiva de conhecimento, torna-se imperativo reformular os sistemas de saúde de modo a torná-los mais equitativos, seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos e eficientes. Neste cenário, a saúde digital emerge como um instrumento estratégico, permitindo não apenas melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, mas também fomentar uma participação ativa dos cidadãos na gestão da sua própria saúde.

A saúde digital deve assentar em princípios como a inclusão digital, a prestação de serviços minimamente intrusivos, a confiança nas soluções digitais clínicas (incluindo aplicações móveis e terapêuticas digitais), bem como na criação de uma economia baseada em dados de saúde. Estes dados – considerados o novo “ouro” – devem ser tratados de forma

aberta, interoperável e ética, respeitando os direitos individuais e promovendo uma abordagem centrada no cidadão.

A Inteligência Artificial, enquanto área da ciência e da engenharia dedicada à replicação da inteligência humana em máquinas, tem vindo a demonstrar um potencial considerável em diversas áreas clínicas. As suas aplicações vão desde o apoio ao diagnóstico, como é o caso da deteção precoce de neoplasias (pele, mama, estômago, cólon), até à personalização de tratamentos e terapias digitais, com evidência científica que demonstra a sua eficácia em áreas como a saúde mental, dor crónica, diabetes e doenças respiratórias.

O conceito de “paciente digital” introduz uma nova forma de interação entre o indivíduo e o sistema de saúde, onde o corpo, a mente e os dados são integrados através de dispositivos tecnológicos e plataformas digitais. Nesse paradigma, a pessoa passa a ser um agente ativo na prevenção, diagnóstico e monitorização da sua saúde.

Contudo, a adoção da IA na saúde exige um enquadramento ético e deontológico forte. A tecnologia deve ser explicável, não discriminatória e sempre orientada para complementar, e não substituir, a relação humana em saúde. O cidadão deve ser informado sobre o funcionamento e os limites da saúde digital, poder aceder e gerir os seus dados pessoais com transparência e simplicidade, e contar com apoio humano sempre que necessário.

No que se refere aos profissionais de saúde, destaca-se a necessidade de uma nova geração de “profissionais digitais” – os chamados KIWIs (Knowledgeable, Intelligent, Wise, Interoperable). Estes deverão possuir competências técnicas e éticas para trabalhar em equipas multidisciplinares, com recurso a dados massivos e tecnologias emergentes, mantendo uma prática clínica centrada na dignidade e bem-estar da pessoa.

Finalmente, são apresentadas iniciativas europeias que visam sustentar esta transformação, como o **Espaço Europeu de Dados de Saúde (EHDS)** e o projeto **XiA – Xpanding Innovative Alliance**, focado na capacitação de profissionais e organizações para a interoperabilidade digital avançada.

Desta forma, é necessário que haja uma reflexão sobre o equilíbrio entre inovação tecnológica e valores humanistas, defendendo uma transformação digital da saúde que seja ética, inclusiva, sustentável e centrada no cidadão.

RESUMO DAS MESAS REDONDAS

IMPLEMENTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NA ULSBA

SEGURANÇA DO DOENTE: LIDERANÇA E GOVERNANÇA

Data de aceite: 02/05/2025

António Páscoa
Enfermeiro Diretor da ULSBA

INTRODUÇÃO

A segurança do doente tem vindo a afirmar-se como uma prioridade global nos sistemas de saúde, sendo reconhecida como um direito fundamental de todo o indivíduo que procura cuidados. Neste contexto, torna-se essencial compreender os fatores estruturantes que garantem a qualidade e a segurança na prestação de cuidados, com especial destaque para os modelos de **governança em saúde** e para o papel decisivo da **liderança clínica**.

Foi com este enquadramento que foi desenvolvida a apresentação “Segurança do Doente: Liderança e Governança”, centrada na necessidade de promover sistemas organizacionais que privilegiem a responsabilidade, a melhoria contínua da qualidade, e a criação de ambientes que favoreçam a excelência clínica. A apresentação articulou os conceitos de governação clínica e corporativa, destacou os principais pilares da liderança eficaz e refletiu sobre os desafios contemporâneos que colocam à prova a capacidade de liderança em saúde, particularmente num mundo marcado por mudanças tecnológicas, sociais e demográficas aceleradas.

A segurança do doente é definida por Runciman et al. (2009) como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Esta definição orienta os esforços das organizações para garantir práticas seguras e eficazes, mas também evidencia a necessidade de abordagens sistemáticas e integradas, onde a liderança e a governança assumem um papel central.

METODOLOGIA

A estrutura da apresentação baseou-se numa **abordagem conceptual e documental**, com apoio em marcos históricos, relatórios institucionais e literatura científica sobre governação e liderança em saúde. Partindo de exemplos históricos como Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis, até casos paradigmáticos como o escândalo do Hospital de Bristol nos anos 90, procurando demonstrar como falhas na liderança e na governança estão diretamente relacionadas com desfechos adversos e evitáveis.

O desenvolvimento da apresentação seguiu uma lógica progressiva: primeiro, foi introduzido o conceito de **gerencialismo** no setor público, destacando a importância de práticas de gestão do setor privado como resposta a exigências de eficiência e responsabilização. Em seguida, explorou-se a distinção entre **governança clínica e corporativa**, bem como os benefícios da sua articulação: melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, otimização de recursos, satisfação profissional e promoção da equidade.

No domínio da **liderança**, utilizaram-se referências clássicas de autores como Peter Drucker e Bill Gates para refletir sobre as características essenciais dos líderes: visão, influência, integridade, empatia, capacidade de decisão, resiliência e comunicação. Foram também apresentados dados de investigações internacionais (Kouzes e Posner) sobre o perfil dos líderes contemporâneos, e exemplos atuais de figuras com grande influência mediática e digital — evidenciando o poder da comunicação e da presença pública.

RESULTADOS

A análise conduzida permitiu identificar vários resultados relevantes no campo da segurança do doente, da liderança e da governança.

Em primeiro lugar, reforçou-se a importância da **governança como sistema integrado**, composto por dimensões clínicas e corporativas. A governação clínica, segundo Scally e Donaldson (1998), é definida como o sistema pelo qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua dos seus serviços, promovendo elevados padrões de cuidado num ambiente que favorece a excelência clínica. Esta responsabilidade coletiva pressupõe a existência de estruturas organizadas, com mecanismos claros de supervisão, avaliação e responsabilização.

O estudo do caso do Hospital de Bristol destacou as **consequências dramáticas da ausência de liderança eficaz e de mecanismos de supervisão adequados**. Naquele hospital, a taxa de mortalidade em cirurgias cardíacas pediátricas era significativamente superior à média nacional, com 33% das crianças a receberem cuidados abaixo do aceitável. Este caso tornou-se um ponto de viragem na reflexão sobre governança e segurança do doente.

Outro resultado importante prende-se com os **sete pilares da governação clínica**, apresentados como elementos estruturantes do sistema: liderança, educação e treino, auditoria clínica, investigação e desenvolvimento, gestão do risco, uso da informação e

envolvimento dos utentes. Estes pilares são interdependentes e funcionam como alicerces de uma cultura organizacional voltada para a qualidade.

Relativamente à **liderança**, destacou-se a necessidade de distinguir entre chefes e líderes. Nem todos os que ocupam cargos de chefia são líderes eficazes, e muitos líderes emergem fora das hierarquias formais. Os líderes eficazes são aqueles que exercem influência positiva, mobilizam as equipas, mantêm coerência ética e comunicam de forma clara e inspiradora. Além disso, a liderança eficaz é adaptativa e está preparada para enfrentar **os desafios do século XXI**: envelhecimento da população, novas doenças, tecnologias emergentes como inteligência artificial e dispositivos wearables, e o crescimento das expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados de saúde.

Os dados partilhados sobre o aumento da conectividade e do acesso à informação (com destaque para os 86,4% de portugueses com acesso à internet e o uso massivo de smartphones) ilustram o novo contexto social onde a liderança se inscreve. O doente está hoje mais informado, mais exigente e mais participativo. Esta nova realidade obriga a uma liderança mais aberta, empática e colaborativa.

A apresentação reforçou que a **liderança é distribuída**, e que potenciais líderes existem em todos os níveis da organização. O reconhecimento, a capacitação e o acompanhamento destes líderes emergentes são fundamentais para construir organizações mais resilientes e responsivas.

CONCLUSÃO

A apresentação permitiu concluir que a segurança do doente não pode ser garantida sem uma liderança eficaz e uma governança sólida. Estes dois elementos estão profundamente interligados e sustentam a construção de sistemas de saúde que colocam a pessoa no centro dos cuidados. A governação deve ser entendida como um sistema vivo, orientado para a melhoria contínua, e sustentado por estruturas de supervisão, partilha de responsabilidades e transparéncia.

A liderança, por seu lado, deve ser vista como uma competência essencial em todos os níveis da organização. Liderar não é apenas dirigir — é saber escutar, influenciar, motivar e agir com integridade. Os líderes são os catalisadores da mudança, e a sua presença ou ausência pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de uma organização.

Os desafios atuais — demográficos, tecnológicos, sociais e éticos — exigem uma nova geração de líderes e um reforço dos mecanismos de governança. Organizações de saúde que pretendam evoluir para modelos centrados na pessoa, seguros, eficientes e sustentáveis devem investir na formação de lideranças e na consolidação de estruturas de governação clínica participativas e integradas.

A segurança do doente é, acima de tudo, uma responsabilidade coletiva. Cabe-nos a todos, enquanto profissionais e cidadãos, contribuir para ambientes de cuidado mais humanos, mais seguros e mais eficazes. É através da liderança e da boa governança que esse compromisso se concretiza.

A COMUNICAÇÃO E A CULTURA DE SEGURANÇA NA ULSBA: UMA ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E IMPACTO NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2025

Jorge Rosário

Instituto Politécnico de Beja, Beja,
Portugal

Comprehensive Health Research Center,

Universidade de Évora, Évora, Portugal

Instituto de Investigação e Formação

Avançada, Universidade de Évora, Évora,

Portugal

INTRODUÇÃO

A comunicação eficaz é um componente relevante na implementação da cultura de segurança nos cuidados de saúde. Erros de comunicação têm consequências negativas para os doentes em ambiente hospitalar, ou em cuidados de saúde primários. Importa explorar como a comunicação pode ser utilizada para melhorar a segurança do doente, em contexto da medicina interna e a eficiência dos cuidados de saúde na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). Segundo a Teoria do Caos e a Teoria dos Sistemas Complexos, a comunicação é comparada à gravidade no universo, mantendo tudo coeso e

organizado, apesar de surgir de um caos desorganizado. Sem uma comunicação eficaz, os sistemas de saúde seriam caóticos, resultando em fragmentação e erros clínicos. Estudos como o de Morris, Giles e Campbell (2023) demonstram que a participação ativa de doentes e cuidadores nas práticas de segurança melhora a percepção de segurança e confiança no atendimento. A colaboração com doentes e cuidadores é essencial para melhorar a segurança do doente em ambulatório. Além disso, Tai-Seale et al. (2024) mostraram que intervenções de comunicação entre doentes e clínicos em diversos sites de cuidados primários melhoraram a satisfação do doente e a adesão ao tratamento, com um impacto positivo nas interações clínicas. Melhorar as habilidades de comunicação dos clínicos em cuidados primários leva a uma melhor experiência do doente e adesão ao tratamento. Face à questão: Quais as estratégias de comunicação mais eficazes, para promover a segurança clínica do doente adulto, em ambiente hospitalar e

em centros de saúde, na área da Medicina Interna? Desenvolveu-se um estudo com o objetivo de sintetizar a evidência científica sobre as estratégias mais eficazes para melhorar a segurança clínica dos doentes adultos em Medicina Interna, tanto no contexto hospitalar como nos cuidados de saúde primários.

METODOLOGIA

A investigação baseou-se na revisão de literatura científica, utilizando bases de dados como PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library e CINAHL. A estratégia de pesquisa incluiu os descritores “Patient Safety”, “Internal Medicine”, “Hospital” ou “Primary Care”, e “Intervention” ou “Strategy”. Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2024, que abordassem adultos em contexto de medicina interna, focando-se na segurança do doente.

Os critérios de exclusão envolveram estudos pediátricos, artigos de opinião e dissertações não publicadas. A seleção dos estudos envolveu triagem por títulos, resumos e leitura integral dos artigos relevantes. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada com escalas como Jadad para ensaios clínicos, Newcastle-Ottawa Scale para estudos observacionais e AMSTAR para revisões sistemáticas. Seguiram-se os procedimentos do Joanna Briggs Institute (JBI) e as diretrizes PRISMA para garantir a qualidade e a transparência na condução da revisão.

A eficácia das intervenções foi medida com base em diversos indicadores, nomeadamente a redução de eventos adversos, como infecções, quedas e erros de medicação, a melhoria na adesão às práticas de segurança através do uso correto de checklists, a satisfação dos doentes e profissionais, a redução da mortalidade e das complicações evitáveis, assim como o cumprimento de normas e protocolos de segurança estabelecidos.

RESULTADOS

Foram incluídos sete estudos que analisaram a participação dos doentes na segurança clínica, intervenções de comunicação entre doentes e profissionais e estratégias para melhorar a comunicação entre equipas de saúde. Os principais resultados demonstram que a participação ativa de doentes e cuidadores aumenta a percepção de segurança e a confiança no atendimento. Intervenções específicas de comunicação contribuem para uma maior satisfação e adesão ao tratamento. A comunicação eficaz está também associada à redução de erros clínicos, especialmente em doentes idosos, e à melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, sendo que a formação contínua em comunicação fortalece a competência e a segurança dos mesmos.

CONCLUSÃO

A comunicação estruturada e eficaz entre profissionais de saúde e utentes revela-se determinante para a segurança clínica, promovendo um ambiente mais seguro e colaborativo.

O recurso a tecnologias digitais, a formação contínua e abordagens multidisciplinares são elementos fundamentais para garantir a evolução da segurança do doente. Estudos futuros deverão explorar modelos de co-criação na comunicação e as diferenças culturais que influenciam a segurança do doente, permitindo um desenvolvimento mais aprofundado das melhores práticas na comunicação em saúde.

CUIDADOS À PESSOA COM DIABETES

CAPÍTULO 31

NUTRIÇÃO E DIABETES: DESAFIOS

Data de aceite: 02/05/2025

Verónica Túbal
Nutricionista da ULSBA

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma das doenças crónicas mais prevalentes e desafiantes do século XXI, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. A nutrição desempenha um papel fundamental tanto na sua prevenção como no seu tratamento. A abordagem nutricional deve ser adaptada às especificidades de cada tipo de diabetes – gestacional, tipo 1 e tipo 2 – tendo em conta fatores individuais, culturais, sociais e clínicos. Neste contexto, o Serviço de Nutrição da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) tem vindo a desenvolver práticas de intervenção nutricional personalizadas que visam melhorar o controlo glicémico e a qualidade de vida dos utentes com diabetes, bem como prevenir complicações associadas.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica apresentada neste trabalho baseia-se numa prática clínica sustentada em evidência científica e centrada na individualização do cuidado nutricional. Foram consideradas diferentes fases da vida (gravidez, infância, idade adulta), diferentes contextos (internamento vs ambulatório) e diferentes tipos de diabetes.

A prática incluiu:

- **Avaliação Nutricional Individualizada:** avaliação do estado nutricional, hábitos alimentares, rotinas diárias, antecedentes clínicos e fatores socioculturais.
- **Cálculo do Valor Calórico Total (VCT)** e planeamento da distribuição de macronutrientes, com enfoque especial nos hidratos de carbono e sua influência na glicemia.
- **Aplicação de estratégias específicas**, como:

- Contagem de hidratos de carbono;
- Crononutrição (tempo e ordem das refeições);
- Time-Restricted Eating (alimentação com restrição de tempo);
- Suporte nutricional durante o internamento hospitalar.
- **Colaboração multidisciplinar** entre nutricionistas, médicos e enfermeiros, particularmente no contexto hospitalar, com partilha ativa de informação e aplicação de protocolos padronizados de contagem de hidratos de carbono.

RESULTADOS

1. Diabetes Gestacional

A nutrição na diabetes gestacional representa um desafio acrescido, dada a necessidade de equilibrar o controlo glicémico com as exigências nutricionais da gravidez. Foram destacadas as dificuldades decorrentes da **restrição alimentar excessiva** e da **diversidade cultural** nas práticas alimentares (ex.: consumo tradicional de arroz, pão tipo chapati, leguminosas). A intervenção nutricional personalizada revelou-se eficaz para:

- Reduzir a necessidade de tratamento farmacológico;
- Promover o desenvolvimento adequado do feto;
- Evitar o jejum noturno prolongado, com 3 a 4 refeições principais e snacks;
- Garantir ingestão mínima de 175g de hidratos de carbono por dia e a adequada ingestão de micronutrientes e fibras.

2. Diabetes Tipo 1

No tratamento da diabetes tipo 1, destacou-se a **contagem de hidratos de carbono**, essencial para o ajuste das doses de insulina em regimes basal-bólus e esquemas com PSCI.

A prática incluiu:

- Registo alimentar prévio (2-3 dias);
- Cálculo da dose total de insulina rápida com base em rácio HC/insulina e fator de sensibilidade;
- Identificação de estratégias alimentares para minimizar excursões glicémicas;
- Exploração de possíveis efeitos benéficos de nutrientes específicos como vitamina D e ácidos gordos ômega-3 (PUFAs);
- Estudo das possíveis ligações entre nutrição precoce (leite materno, introdução de glúten) e prevenção da diabetes tipo 1, embora ainda sem evidência conclusiva.

3. Diabetes Tipo 2 e Pré-diabetes

A intervenção nutricional na diabetes tipo 2 foi delineada com base na promoção de estilos de vida saudáveis e adequação alimentar. Identificaram-se como barreiras frequentes a desinformação, mitos, rotinas desajustadas e presença de complicações (retinopatia, insuficiência renal, pé diabético).

Foram adotadas estratégias como:

- Restrição calórica moderada;
- Redução de gorduras saturadas e aumento das insaturadas;
- Aumento da ingestão de fibras;
- Adoção de diferentes padrões alimentares com crononutrição;
- Priorização de refeições matutinas e análise dos efeitos das refeições noturnas;
- Estudo da **ordem de ingestão dos alimentos** numa refeição, com impacto direto na resposta glicémica;
- Utilização do **Time-Restricted Eating** (janela alimentar de 8-10h), que se mostrou segura e com efeitos promissores no controlo metabólico e perda ponderal, ainda que careça de mais evidência e ajuste terapêutico.

4. Nutrição em Contexto de Internamento

O internamento hospitalar de pessoas com diabetes exige cuidados nutricionais específicos. Foram referidos desafios como:

- Adesão à dieta hospitalar vs ingestão de alimentos do exterior;
- Implementação de protocolos de suporte nutricional artificial;
- Risco nutricional elevado;
- Necessidade de comunicação eficaz entre profissionais de saúde;
- Aplicação prática de protocolos de contagem de hidratos de carbono com porções fixas (ex.: 1 porção = 12g HC), facilitando o controlo glicémico.

CONCLUSÃO

A intervenção nutricional em pessoas com diabetes é um processo dinâmico, complexo e multidimensional. Os resultados apresentados evidenciam que não existe uma abordagem alimentar única para todos os indivíduos com diabetes. A personalização é essencial, considerando variáveis clínicas, culturais e contextuais. A nutrição adequada permite: Melhor controlo glicémico; Redução da necessidade de farmacoterapia; Prevenção de complicações agudas e crónicas; Melhoria da qualidade de vida e bem-

estar. A colaboração entre os diferentes profissionais de saúde é determinante, tanto em contexto de ambulatório como de internamento, para garantir a eficácia das intervenções nutricionais. A formação contínua, a adaptação cultural e o recurso a ferramentas como a contagem de hidratos de carbono e a cronomutrição são peças-chave na gestão moderna da diabetes.

Em suma, enfrentar os desafios da nutrição na diabetes requer uma abordagem holística, individualizada e baseada na evidência científica mais recente. Só assim será possível alcançar os melhores resultados em saúde e qualidade de vida para esta população.

DESAFIOS NO DOENTE COM *DELIRIUM*

CAPÍTULO 32

PAPEL DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE COM *DELIRIUM* NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DA ULSAC

Data de aceite: 02/05/2025

Rita Pinheiro

Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

à gestão do *delirium* na UCI da ULSAC, com ênfase nas estratégias implementadas e no contributo fundamental dos profissionais de enfermagem na abordagem a esta condição.

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda frequentemente observada em doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizando-se por alterações do estado de consciência, atenção, cognição e percepção. Este estado pode surgir de forma súbita e flutuar ao longo do tempo, sendo muitas vezes sub-diagnosticado e confundido com outras condições neurológicas ou psiquiátricas.

A sua presença associa-se a múltiplas complicações, como o aumento do número de dias de ventilação mecânica, do tempo de internamento, dos custos, da mortalidade e a um compromisso funcional e cognitivo a longo prazo. No contexto dos cuidados intensivos, o papel da equipa de enfermagem na **prevenção, diagnóstico e intervenção precoce** é determinante para mitigar os efeitos adversos do *delirium*.

A presente comunicação tem como objetivo descrever os desafios associados

METODOLOGIA

A metodologia adotada para a implementação de boas práticas na abordagem ao *delirium* foi multidimensional e progressiva, envolvendo:

1. **Revisão de literatura e enquadramento teórico** sobre a definição, etiologia, critérios diagnósticos e estratégias de intervenção no *delirium*.
2. **Implementação do diagnóstico sistemático** através de instrumentos validados e adaptados à realidade da UCI:
 - **CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU);**
 - **ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist).**

- 3. Definição de critérios de inclusão e exclusão** para rastreio de *delirium*, com base na escala de agitação e sedação RASS (Richmond Agitation Sedation Scale):
 - Apenas doentes com RASS entre -3 e +4 são incluídos para avaliação.
 - Exclusão de doentes com demência, doenças psiquiátricas e com RASS -4 e -5.
- 4. Criação e implementação de normas e protocolos institucionais:**
 - Norma de atuação sobre *delirium*;
 - Protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento;
 - Fluxograma clínico: “da previsão à prevenção”.
- 5. Formação contínua da equipa de enfermagem** com vista à capacitação técnica e clínica na avaliação e intervenção precoce no *delirium*.
- 6. Promoção de intervenções não farmacológicas**, reconhecidas como mais eficazes e seguras para o controlo do *delirium* em ambiente de cuidados intensivos.

RESULTADOS

A abordagem estruturada, tendo por base as guidelines para a gestão da dor, agitação e *delirium* em doentes adultos em cuidados intensivos, permitiu avanços significativos na identificação precoce e na gestão do *delirium*, nomeadamente:

Diagnóstico Sistematizado

A introdução dos instrumentos **CAM-ICU** e **ICDSC** na prática clínica permitiu um diagnóstico mais preciso e padronizado. O CAM-ICU, mais comumente usado, utiliza um processo de avaliação em duas etapas:

- 1. Avaliação da Escala RASS** – Determina se o doente está apto para avaliação cognitiva.
- 2. Execução do fluxograma CAM-ICU** (1. Identificação de alterações do estado mental; 2. Falta de atenção; 3. Nível de consciência; 4. Pensamento desorganizado)

Este método revelou-se eficaz, mesmo em doentes intubados ou com dificuldades de comunicação verbal, ao adaptar os estímulos de forma visual e auditiva.

Promoção de Estratégias Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas mostraram-se mais eficazes que os tratamentos farmacológicos, tanto na prevenção como no tratamento do *delirium*. Entre as principais estratégias destacam-se:

- **Orientação do doente, no tempo e espaço;**
- **Estimulação cognitiva, falando de acontecimentos recentes, relembrando o motivo do internamento, fornecendo livro, revista ou televisão;**
- **Promoção de um sono tranquilo, reduzindo a luz e o ruído, evitando procedimentos médicos e de enfermagem no período noturno, fornecendo tampões e vendas para os olhos, como forma de manter o ritmo circadiano;**
- **Redução de défices sensoriais, com o fornecimento de óculos e prótese auditiva, caso o doente possua;**
- **Identificação e tratamento da dor;**
- **Remoção de cateteres e restrições físicas, assim que possível;**
- **Mobilização precoce, com levante para cadeirão ou com mobilizações passivas, quando o doente ainda está restrito ao leito;**
- **Envolvimento familiar, com promoção de visitas frequentes, participação dos familiares em atividades como a alimentação e a orientação, realização de videochamadas com familiares que não consigam estar presentes;**
- **Manutenção da hidratação adequada;**
- **Prevenção da obstipação, reduzindo o desconforto e a dor;**
- **Ambiente iluminado durante o dia, evitando que o doente durma durante o período diurno;**
- **Audição de música suave, como estímulo cognitivo e redutor da ansiedade.**

Estas medidas simples revelaram impactos positivos no bem-estar geral dos doentes e contribuíram para a redução da incidência e duração do *delirium*.

Criação de uma Cultura Institucional Focada na Prevenção

Na UCI da ULSAC, a avaliação do *delirium* foi integrada como **objetivo no sistema SIADAP**, reforçando o compromisso institucional com a qualidade dos cuidados prestados. Foram desenvolvidas iniciativas como:

- **Primeira formação formal sobre *delirium*, com participação ativa da equipa de enfermagem;**
- **Consulta de follow-up, com acompanhamento dos doentes que tenham desenvolvido *delirium* durante o internamento na UCI;**
- **Partilha de conhecimento clínico entre diferentes profissionais e serviços;**
- **Desenvolvimento de um fluxograma clínico, que guia a equipa desde a previsão de risco de desenvolvimento de *delirium*, até à implementação de estratégias.**

Estas ações resultaram numa abordagem mais sistematizada, segura e eficaz, que valoriza o papel da enfermagem como agente ativo na vigilância clínica, educação do doente e intervenção precoce.

CONCLUSÃO

O *delirium* constitui um desafio constante na prática clínica em UCI, exigindo atenção redobrada e uma abordagem holística, centrada no doente. A sua elevada prevalência, associada às consequências negativas a curto e longo prazo, justifica a necessidade de uma **intervenção precoce, contínua e multidisciplinar**.

O projeto implementado na UCI da ULSAC mostra que:

- A **formação da equipa de enfermagem e a sistematização do diagnóstico** através de ferramentas validadas como o CAM-ICU e o ICDSC são fundamentais para o sucesso clínico;
- As **intervenções não farmacológicas**, simples, de baixo custo e centradas no conforto do doente, são mais eficazes que as medidas farmacológicas isoladas;
- A **integração institucional do rastreio de *delirium*** como objetivo estratégico, promove a qualidade e segurança dos cuidados;
- O **enfermeiro** assume um papel insubstituível na identificação precoce, implementação de medidas preventivas e humanização dos cuidados prestados.

Em suma, o combate ao *delirium* deve ser contínuo, com uma cultura de vigilância ativa e estratégias personalizadas. A experiência da ULSAC demonstra que é possível transformar desafios em oportunidades de melhoria, valorizando o conhecimento técnico e humano da enfermagem como motor de mudança na prática clínica.

DESAFIOS NO DOENTE RESPIRATÓRIO

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA ABORDAGEM AO DOENTE VENTILADO

Data de aceite: 02/05/2025

Jorge Farinho

Enfermeiro Especialista na ULSBA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel fundamental na recuperação dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, promovendo intervenções que minimizam complicações e aceleram o processo de desmame ventilatório. Possui competências que lhe permitem intervir de forma estruturada, com o objetivo de prevenir a síndrome pós internamento em cuidados intensivos (SPICI).

Uma das estratégias essenciais é a mobilização precoce, que contribui para a prevenção da fraqueza muscular adquirida em doentes críticos. A imobilidade prolongada pode levar a atrofia muscular significativa, incluindo a disfunção do diafragma, comprometendo a extubação precoce e aumentando o risco de reentubação (Demoule et al, 2016; Doorduin et al, 2013; Martin et al, 2013).

Por sua vez, a extubação endotraqueal precoce desempenha

um papel na prevenção da disfunção diafragmática, reduzindo a necessidade de ventilação mecânica prolongada. No entanto, para evitar a reentubação, é essencial uma avaliação rigorosa da função respiratória e da capacidade de deglutição, minimizando o risco de complicações como a pneumonia por aspiração (European Society for Swallowing Disorders, 2018).

A avaliação da disfagia nas primeiras 24 horas após a extubação é uma medida preventiva fundamental, uma vez que a intubação prolongada pode comprometer os mecanismos de deglutição. A implementação de protocolos específicos pode reduzir a incidência de aspiração e, consequentemente, de infecções pulmonares. A ingestão oral progressiva e a descontinuação da alimentação por sonda gástrica são igualmente importantes para restaurar a função alimentar normal. A introdução gradual da alimentação oral melhora a performance nutricional e funcional da pessoa, promovendo uma recuperação mais eficaz (European Society for Swallowing Disorders, 2018).

Além disso, o treino de equilíbrio, levante e marcha são etapas essenciais na reabilitação global da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, ajudando a restaurar a autonomia funcional e prevenir complicações associadas à imobilidade prolongada (Machado, 2023; Mendes, 2023). Para garantir a eficácia destas intervenções, é crucial que sejam avaliadas através de indicadores mensuráveis, permitindo monitorizar a evolução da pessoa internada e ajustar as estratégias de reabilitação de acordo com as suas necessidades específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma, para assegurar uma continuidade de cuidados mais eficaz, com o objetivo de otimizar a autonomia da pessoa internada, seja ela no âmbito do serviço ou no momento da alta, perspetiva-se a elaboração de planos padrão de reabilitação funcional motora e respiratória.

O início da atividade da equipa de Enfermeiros de Reabilitação no Serviço de Medicina intensiva, em 2023, possibilitou a implementação de diversas práticas especializadas. Estas incluíram a monitorização da força muscular através da escala MRC-SS, avaliação da capacidade física através da Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (2022 – 0 avaliações, 2023 – 45 e 2024 – 103 avaliações), criação de algoritmos para a mobilização precoce e a definição de níveis de reabilitação neuromotora da pessoa em situação crítica. Outros resultados são reflexo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação como é o exemplo do aumento significativo no número de levantes realizados, que passou de 6 em 2022 para 106 em 2024.

A enfermagem de reabilitação constitui um suporte inigualável na prevenção, tratamento e reeducação funcional da pessoa internada em ambiente de cuidados intensivos. Os dados que sustentam esta prática são inequívocos e encontram-se, cada vez mais, fundamentados em evidência científica, suportada pelos sistemas de informação em enfermagem.

CONCLUSÃO

Data de aceite: 02/05/2025

Aida Pardal

Enfermeira Gestora na ULSBA

Liliana Grade

Enfermeira em Funções de Gestão na
ULSBA

As contribuições aqui reunidas evidenciam a riqueza e a diversidade do conhecimento clínico e científico produzido na ULSBA e partilhado durante as I Jornadas Interdisciplinares de Medicina Interna. A transversalidade dos temas demonstra a centralidade do trabalho em equipa, da comunicação eficaz e da formação contínua na melhoria dos cuidados prestados.

Através de uma abordagem técnica e crítica, os diferentes autores exploraram problemáticas atuais como a sobrecarga emocional dos profissionais, a complexidade da gestão do doente em situação crítica, o controlo de sintomas em cuidados paliativos ou os desafios da farmacovigilância. Adicionalmente, ficou patente a importância da inovação organizacional e do investimento na capacitação dos profissionais como

vetores estruturantes de um sistema de saúde mais resiliente.

Envolvendo profissionais de diferentes contextos clínicos e académicos, estas jornadas corporizaram o verdadeiro espírito de sinergia: a cooperação que potencia soluções integradas, sustentáveis e com impacto direto na qualidade dos cuidados e na segurança dos doentes.

Não poderíamos encerrar este volume sem expressar o nosso reconhecimento e agradecimento à Comissão Organizadora e Científica das I Jornadas Interdisciplinares de Medicina Interna da ULSBA. O rigor, a dedicação e a visão estratégica com que promoveram este encontro científico foram determinantes para o seu sucesso, permitindo a criação de um espaço de excelência para a partilha de saberes e experiências.

Este e-book encerra-se com o compromisso de continuar a promover o conhecimento partilhado, a investigação aplicada e a humanização da prática clínica. Que estas páginas inspirem novas reflexões, práticas colaborativas e iniciativas transformadoras nos cuidados de saúde.

AIDA PARDAL - Aida Maria de Matos Pardal, atualmente a exercer funções na qualidade de Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, ano letivo 2024-2025. Enfermeira desde 1994. Mestre em Bioética em 2007; Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 2009; Curso de Especialização em Gestão e Administração em Saúde em 2011; Título de Especialista – Área de Enfermagem em 2022. De junho de 2023 a fevereiro de 2025 exerceu funções como Enfermeira Gestora na Unidade de Internamento Psiquiátrico do Departamento de Saúde Mental da ULSBA, EPE, onde de abril de 2015 a maio de 2023 foi Enfermeira em Funções de Chefia. Competências Acrescidas atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros: Avançadas em Gestão em 2020 e avançadas em Supervisão Clínica em 2022.

HELENA LOPES - Helena Sofia Venturinha Duarte Vilhena Lopes. Natural de Sines, Licenciada em Enfermagem, Pós Licenciada em Enfermagem de Reabilitação, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde e com Competências Acrescidas Avançadas em Gestão atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros. Experiência Profissional: Serviço de Cardiologia/UCIC desde 1991 até à presente data. Membro do Conselho Coordenador de Avaliação entre 2011 e 2017. Enfermeira em funções de chefia entre 2006 e 2022. Enfermeira Gestora de 2022 até à presente data. Enfermeira Adjunta do Enfermeiro diretor desde 12 de março de 2025 até à presente data.

LILIANA GRADE - Licenciatura em Enfermagem desde 2006, exercendo funções de enfermeira em funções de gestão no serviço de Medicina Interna, 4ºpiso, da ULSBA desde 2 de janeiro de 2024. Pós-graduação de Intervenção em Feridas e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação efetuada na Universidade de Évora, ESESJD. Mestre em Enfermagem com Especialidade de Gestão em Unidades de Saúde da ESSP. Competências Avançadas em Gestão de Unidades de Saúde atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros em 2020. Competências Diferenciadas de Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção e Competências Diferenciadas em Supervisão Clínica atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros em 2023. Membro efetivo do núcleo de enfermagem de reabilitação.

SINERGIA EM SAÚDE

Transformando Cuidados Multidisciplinares
no Serviço de Medicina



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



@atenaeditora



www.facebook.com/atenaeditora.com.br




Atena
Editora
Ano 2025

SINERGIA EM SAÚDE

Transformando Cuidados Multidisciplinares
no Serviço de Medicina

 www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



@atenaeditora



www.facebook.com/atenaeditora.com.br




Atena
Editora
Ano 2025