

#17

Enf^orm ação

Enfermagem em contínuo movimento

Entre Pontes e Passagens...

ARTIGOS

- ▶ Custo efetividade da Hospitalização Domiciliária Face à Hospitalização Convencional: Revisão Sistemática de Estudos
Hilária Viveiros, Júlio Veríssimo, Susete Amaro, Tânia Florentino
- ▶ A perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem. Uma revisão de *scoping*
Isaura Moura, Ana Catarina Cabeça, Ana Margarida Gabriel, Ana Patrícia Matias, Joana Romão, Maria Leonor Santos

MARCAR A DIFERENÇA

Programa Parentalidade da UCC Oriente
Ana Lavaredas, Sara Anunciada

Janeiro - Julho 2025 | ISSN 2182-8261



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

CONSELHO DIRETIVO

Cristina Amaral
Irina Cardoso
Helena Xavier
Ana Marinho
Carlos Clemente
[enformacao.direcao@gmail.com]

CONSELHO REDATORIAL

Cláudia Rodrigues
Helena Xavier
Isabel Mendes
Ivete Monteiro
Paula Duarte
[enformacao.cr@gmail.com]

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Marinho
Delmira Pombo
Luis Sousa
Maria das Neves Diniz
[enformacao.cc@gmail.com]

SEDE

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 896 / 1573
Fax 218 864 616

DESIGN GRÁFICO

Integrated Resolutions
www.integratedresolutions.com

REVISTA DIGITAL

Periodicidade Semestral
ISSN 2182-8261



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Ser sócio

Ser Sócio da ACE representa benefícios para todos os enfermeiros do CHULC, EPE!

- > Inscrição em eventos científicos/formação organizados pela ACE, a preços reduzidos;
- > Acesso a programas exclusivos de apoio à formação/investigação em enfermagem;
- > Publicação de artigos científicos na revista ENFORMAÇÃO, com referenciação em vários meios;
- > Acesso exclusivo a literatura científica online, na área reservada de sócio e na biblioteca da ACE;
- > Participação gratuita em atividades institucionais promovidas pela Associação;
- > Utilização de descontos e outras regalias de Empresas/Instituições protocoladas;

e muito mais...

Saiba tudo em www.acenfermeiros.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

...a ACE tem construído uma trajetória marcada pelo espírito agregador...



PRESIDENTE ACE

Cristina Amaral

A missiva "**Com os Enfermeiros a Construir o Futuro**", representa muito mais do que um simples slogan porquanto traduz a essência da missão que assumimos enquanto corpos sociais da Associação Científica de Enfermeiros (ACE).

É também nosso propósito dar continuidade ao legado construído pelos anteriores corpos sociais, sob a liderança da Sr.^a Presidente Filomena Leal, cujo a dedicação e visão, consolidou a identidade e os valores da ACE, abrindo caminho para os desafios que hoje abraçamos.

Acreditamos que o conhecimento é o pilar que nos diferencia e que legitima o nosso papel nas equipas multidisciplinares, traduzindo-se na qualidade dos cuidados prestados aos utentes e às suas famílias. Ensinar, partilhar e transmitir saberes permite-nos crescer como profissionais e como equipa. É através desta partilha que desenvolvemos competências, promovemos a aprendizagem mútua e encontramos estratégias para uma colaboração mais eficaz, sempre orientada para a excelência dos cuidados.

Na ACE, assumimos o compromisso de estar próximos de todos os enfermeiros, envolvendo as unidades da ULSS José e projetando a nossa associação, quer através da angariação de novos associados, quer pelo estabelecimento de parcerias com diversas instituições.

A nossa ação pauta-se por compromissos claros e assente em **seis pilares fundamentais**:

Política de proximidade – envolver todas as unidades da ULSS José, projetar e dar visibilidade à ACE, angariação de novos associados e parcerias com outras associações/instituições;

Apoio à formação – continuidade do apoio e benefícios para os associados na participação em eventos científicos promovidos pela ACE;

Promover o desenvolvimento científico da enfermagem – Indexação da revista Enformação, proximidade com o Centro de Ensino e Investigação e divulgação de artigos científicos e de opinião;

Ensino e investigação – Criação de bolsa de Enfer-

meiros Peritos como consultores científicos e de prémio de investigação;

Identificar necessidades formativas e executar plano formativo anual – Apurar necessidades formativas junto do associados, definir áreas prioritárias e estratégias, envolver áreas clínicas, AGF, SimAD e entidades formadoras externas;

Divulgação das tecnologias de informação, Inteligência Artificial (IA) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – Dar a conhecer a aplicabilidade na tomada de decisão clínica e implementação dos cuidados.

Desde 2001, a ACE tem construído uma trajetória marcada pelo espírito agregador e pelos princípios que a definem: A – Acreditar | C – Comunicar | E – Evidenciar.

A – Acreditar | Porque confiamos na capacidade transformadora da enfermagem capaz de impactar positivamente nos resultados em saúde e no desenvolvimento social;

C – Comunicar | Porque partilhar conhecimento, experiências e evidência científica fortalece a profissão e humaniza os cuidados;

E – Evidenciar | Porque a prática baseada na evidência confere segurança, credibilidade e visibilidade ao trabalho dos enfermeiros.

Convidamos todos a participar nas atividades da ACE, a contribuir para a revista com artigos científicos e a integrar esta associação que valoriza a enfermagem como motor essencial na construção do futuro.

Que cada página desta revista seja um espaço de difusão de conhecimento, reflexão crítica e partilha de experiências, contribuindo para o crescimento individual e coletivo e para a construção de uma enfermagem simultaneamente humana, competente, socialmente relevante e comprometida com a qualidade e a segurança dos cuidados

Muito obrigada a todos pela dedicação e contributo. Continuaremos, juntos, a **Acreditar, Comunicar e Evidenciar!**



ULSS JOSÉ SEMPRE A MEXER

- 06** 50 estudantes finalistas de Enfermagem participam em Open Day
- 07** ULS São José alcança novos recordes em publicações científicas e investigação
- 08** VMER da ULS São José acionada mais de 3.000 vezes em 2024
- 09** Inovação na Pneumologia de Intervenção da ULS São José
- 10** ULS São José realiza primeiro transplante hepático de dador vivo totalmente robótico
- 12** CRI Coluna e 3D Printing Center for Health desenvolvem sistema de chamada inovador para doentes com mobilidade reduzida
- 13** ULS São José pioneira em Portugal na cirurgia robótica em bebés
- 15** Enfermeira Fernanda Silva nova Provedora do Utente da ULS São José
- 17** ULS São José bate recordes de produção, aproximando-se dos 3 milhões de consultas



ENFERMAGEM NA ATUALIDADE

- 18** Intervenção comunitária num centro de acolhimento para requerentes de asilo e refugiados



AGENDA

- 23** Eventos em destaque



24

ARTIGOS

- 24** Custo efetividade da Hospitalização Domiciliária Face à Hospitalização Convencional: Revisão Sistemática de Estudos
- 39** A percepção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem. Uma revisão de *scoping*



57

MARCAR A DIFERENÇA

- 57** Programa Parentalidade da UCC Oriente



50

EMPENHO

- 50** Enf. Filomena Leal



62

ACONTECEU

- 62** Tomada de posse ACE
- 64** Dia Internacional do Enfermeiro 2025



Conteúdos cedidos por:



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

Gabinete de Comunicação

50 estudantes finalistas de Enfermagem participam em Open Day

O open day de Enfermagem organizado pela ULS São José no dia 23 de junho, segunda-feira, contou com a participação de meia centena de jovens recém-licenciados, que foram recebidos pela enfermeira diretora da instituição. Na sessão de boas-vindas, Maria José Costa Dias destacou a importância de receber na instituição os futuros profissionais que, em breve, vão integrar o mercado de trabalho. “É muito importante porque somos uma das maiores ULS a nível nacional e, como tal, temos um compromisso com a população que atendemos na nossa área de influência, não só a nível dos cuidados hospitalares como a nível dos cuidados de saúde primários”, afirmou.

A enfermeira diretora sublinhou a necessidade de contratação de jovens enfermeiros, para *“dar resposta a este nosso compromisso assistencial, pelo facto de sermos referência a nível nacional [..], e porque precisamos muito de repor a nossa profissão, que está deficitária por vários motivos”*, entre os quais as saídas de profissionais para o estrangeiro e as aposentações, especificou.

Após a sessão, os estudantes foram divididos em grupos e visitaram várias unidades do Hospital São José, entre as quais o Serviço de Urgência, a Medicina, Bloco Operatório, a Unidade de Urgência Médica e a Unidade de Cerebrovascular.

“...Porque somos uma das maiores ULS a nível nacional”



ULS São José alcança novos recordes em publicações científicas e investigação

A ULS São José obteve, em 2024, um desempenho notável na produção científica e na investigação clínica, alcançando marcos inéditos em diversas áreas.

Os investigadores da Unidade Local de Saúde (ULS) São José publicaram, em 2024, 508 artigos científicos, o que representa um novo recorde na história da instituição. Destes, 93,1% foram indexados na PubMed Central, o que corresponde também à maior percentagem até ao momento, reforçando a visibilidade internacional da investigação realizada na ULS São José.

O progresso também foi expressivo nos estudos clínicos com promotor externo. Em 2024, foram iniciados 53 novos estudos, superando em seis o número registado em 2023. No total, a ULS São José manteve 182 estudos clínicos com promotor externo ativos, um crescimento de 12 em relação ao ano anterior.

A investigação de iniciativa do investigador também apresentou um avanço significativo. No último ano, foram contabilizados 119 novos projetos, um acréscimo de 28 face a 2023. O número total de projetos ativos chegou a 223, um aumento de 40 em comparação com o período anterior.

Estes números reforçam a posição dos profissionais da ULS na investigação e na inovação, condições essenciais para uma prática de excelência e para a sua retenção no SNS.

“Os indicadores relativos a Investigação na ULS São José em 2024 são os melhores de sempre. O crescimento no âmbito da realização de ensaios clínicos permite o acesso a terapias inovadoras por parte dos nossos utentes e a fontes de financiamento cruciais para alavancar as atividades de investigação na ULS São José”, destaca Luís Horta, coordenador do Centro de Investigação da ULS São José.

Em 2024, as especialidades que mais contribuíram com novos estudos clínicos com promotor foram a Neurologia (Centro de Responsabilidade Integrado de Esclerose Múltipla), Cardiologia, Dermatovenereologia, Oncologia e Pediatria, seguida da Nefrologia, Pneumologia e Unidade Cerebrovascular.

“Existe ainda muito trabalho a fazer, tanto ao nível dos apoios aos investigadores que, para além da prática clínica fazem investigação, como na diminuição dos processos burocráticos para a contratação dos profissionais necessários para as estruturas de apoio à investigação”, conclui Luís Horta.



VMER da ULS São José acionada mais de 3.000 vezes em 2024

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da ULS São José foi acionada, em 2024, 3.010 vezes para responder a situações de doença súbita ou trauma. Esta viatura, uma das 44 operacionais em Portugal, é acionada, em média, 251 vezes por mês, o que corresponde a uma média diária de 8 ativações.

No ano passado, a VMER registou uma taxa de operacionalidade de 99%. Já este ano, em janeiro, a VMER da ULS São José foi acionada 295 vezes, registando uma taxa de operacionalidade de 100%.

A atual viatura foi colocada ao serviço em dezembro de 2023, tendo atualmente mais de 40.800 quilómetro

"Pela cidade fora com discrição, audácia e com ações simples, mas grandiosas para garantir cuidados de saúde e assistência pré-hospitalar de excelência", rede o enfermeiro coordenador da VMER, Paulo Barreiros.

A VMER é tripulada por um médico e um enfermeiro, ambos com formação em emergência médica, que prestam cuidados para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência.



Inovação na Pneumologia de Intervenção da ULS São José

A introdução de procedimentos como a criobiópsia mediastínica guiada por ecoendoscopia, a colocação de próteses traqueobrônquicas biodegradáveis (pioneiro a nível nacional), a biópsia pulmonar por broncoscopia guiada por cone beam computed tomography (estreia no SNS), a criobiópsia pulmonar transbrônquica, a ecoendoscopia brônquica e a broncoscopia rígida têm permitido à UTIP da ULS São José-Hospital Santa Marta o estatuto de unidade líder no SNS, fazendo chegar a inovação ao tratamento dos doentes.

Desde a sua inauguração, em dezembro de 2021, a nova Unidade de Técnicas de Intervenção Pneumológica (UTIP) da ULS São José-Hospital Santa Marta regista, em ritmo crescente, a introdução de diferenciação e complexidade dos procedimentos.

As condições físicas da nova unidade permitiram introduzir a ecoendoscopia brônquica (EBUS), procedimento fundamental no diagnóstico e estadiamento do cancro do pulmão. Mais recente-

mente com aquisição de novos equipamentos, a criobiópsia mediastínica guiada por ecoendoscopia permitiu melhorar a rentabilidade diagnóstica nos casos de suspeita de linfoma ou metastização ganglionar de tumores extratorácicos, evitando assim a necessidade de mediastinoscopia.

Também foi possível (re)introduzir a realização de broncoscopia rígida na ULS São José, o que se tem revelado fundamental no tratamento de doentes com obstrução da via aérea central e também no tratamento das complicações brônquicas pós-cirúrgicas de transplantação pulmonar. Desde essa altura, o hospital deixou de enviar estes exames para o exterior e, mais recentemente, passou a receber pedidos de outras unidades hospitalares.

Outra técnica que impactou positivamente no cuidado dos doentes inclui a criobiópsia pulmonar transbrônquica para investigação de suspeitas de doença pulmonar intersticial e que, na maioria dos casos, permite evitar a biópsia pulmonar cirúrgica.

Mais recentemente foi possível paliar situações de estenose ou malacia da via aérea central com colocação de próteses traqueobrônquicas biodegradáveis, tendo o serviço sido pioneiro a nível nacional na sua utilização.

Outra tecnologia que permitiu inovar ao nível do Serviço Nacional de Saúde foi a introdução de biópsia pulmonar por broncoscopia guiada por cone beam computed tomography, graças ao uso de sala partilhada do Laboratório de Hemodinâmica do Serviço de Cardiologia. Esta técnica foi iniciada em março deste ano para biópsia em doente com doença do interstício localizada e, ainda mais recentemente, para biópsia de nódulo pulmonar periférico de pequena dimensão e de

difícil acesso. Num futuro próximo, em doentes selecionados, será possível diagnosticar e tratar doentes com nódulo pulmonar suspeito de malignidade.

No âmbito da patologia pleural foi possível melhorar a investigação dos derrames pleurais através da inspeção da cavidade pleural e biópsia por toracoscopia.

Neste período já foram realizados mais de 400 ecoendoscopias brônquicas (lineares e radiais), 80 broncoscopias rígidas e 30 toracoscopias, refletindo o empenho e dedicação de todos os profissionais da unidade.



ULS São José realiza primeiro transplante hepático de dador vivo totalmente robótico

O Centro Hepatobiliopancreático e de Transplantação da ULS São José realizou, no dia 4 de julho de 2025, no Hospital Curry Cabral, o primeiro transplante de fígado do país utilizando dois ro-

bôs cirúrgicos em simultâneo.

Uma jovem de 38 anos doou parte do seu fígado à mãe, de 65, que sofria de doença hepática crónica, com doença oncológica. Enquanto uma

“A robótica tem grandes vantagens na doação de órgãos, pela segurança e possibilidade de recuperação mais rápida.”



equipa utilizava um robô para extrair parte do fígado da dadora, operando através de pequenos orifícios, outra equipa utilizou um segundo robô para extrair o fígado da mãe, colocando depois por esta via o órgão parcial doado. A dadora e a recetora recuperaram sem problemas.

Na Europa, foi a segunda vez que se realizou um transplante hepático de dador vivo totalmente robótico. A primeira vez que se registou, em Modena, Itália, foi utilizado apenas um robô, pelo que o procedimento de doação e transplante foi feito sequencialmente e não em simultâneo, como na ULS São José.

“A robótica tem grandes vantagens na doação de órgãos, pela segurança e possibilidade de recuperação mais rápida. O transplante robótico tem mostrado resultados promissores pela mesma razão, e Portugal é um dos países pioneiros nesta técnica”, destaca Hugo Pinto Marques, diretor do Centro Hepatobiliopancreático e de Transplantação da ULS São José.

“Este é mais um excelente exemplo da aposta que temos feito na inovação e, mais concretamente, na robótica, permitindo ao SNS manter-se na vanguarda internacional da prestação de cuidados. É

também uma forma de atrair e fixar profissionais de saúde no SNS”, refere Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração da ULS São José.

A ULS São José já tinha realizado, em outubro de 2024, pela primeira vez em Portugal, um transplante hepático de dador vivo, com recurso a esta tecnologia, mas a robótica apenas tinha sido utilizada na retirada do órgão.

A cirurgia robótica no Serviço Nacional de Saúde foi iniciada no final de 2019, no então CHULC, e, entretanto, foi adquirido um segundo sistema, permitindo à ULS São José ser pioneira na constituição de um Centro de Cirurgia Robótica.

Participaram nas duas cirurgias Hugo Pinto Marques, João Santos Coelho, Raquel Mega, Sílvia Silva, Sofia Carrelha e Emanuel Vigia (cirurgiões), Paula Rocha e Filipe Pissarra (anestesiistas), Rui Leal, Helena Figueiredo, Fátima Preto, Tiago Barreto, Teresa Fonseca, Sandra Cascais e Daniel Gonçalves (enfermeiros), Ruben Martins e Mauro Inácio (técnicos auxiliares de saúde). Participaram também Beatriz Chumbinho e Beatriz Gonçalves (internos de Cirurgia) e Filipe Pereira e Filipa Silva (internos de anestesia).



CRI Coluna e 3D Printing Center for Health desenvolvem sistema de chamada inovador para doentes com mobilidade reduzida

O compromisso contínuo com a segurança do doente levou ao desenvolvimento de um dispositivo de chamada inovador, idealizado para responder às necessidades específicas de doentes com tetraplegia ou outras limitações motoras severas.

O projeto – CRIC Call 3D – nasceu no CRI Coluna, da ULS São José, pela mão do enfermeiro Ricardo Braga, em cocriação com os voluntários Inês Marques e Rodrigo Sousa, do 3D Printing Center for Health. A componente elétrica foi assegurada graças ao apoio do enfermeiro João Guilherme.

Desenvolvido com recurso a tecnologia de impressão 3D e materiais de baixo custo, o dispositivo pode ser ativado com movimentos de baixa amplitude, do queixo, da cabeça ou de qualquer parte do corpo com mobilidade residual, não exigindo destreza manual.

Esta solução surge como resposta a um desafio relevante vivenciado por pessoas com défices

motores severos e também pelos enfermeiros: a impossibilidade de acionar os sistemas de chamada convencionais. A solução representa um importante avanço na promoção de cuidados centrados no doente e na sua segurança, ao permitir que pessoas com défice de mobilidade, em situação de elevada dependência, possam comunicar as suas necessidades de forma digna, segura e eficaz.

“Este tipo de inovação, que nasce do trabalho dos profissionais que cuidam dos doentes e respondem às suas necessidades, melhorando a sua qualidade de vida, espelha a aposta que fazemos nas equipas e na sua autonomia para desenvolverem os seus projetos, de acordo com uma estratégia partilhada por todos”, refere Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração da ULS São José.



ULS São José pioneira em Portugal na cirurgia robótica em bebés

A **ULS São José** realizou por robótica, no dia 14 de março, uma pieloplastia (cirurgia para corrigir uma obstrução que impede a saída da urina do rim) a uma criança de um ano de idade, no bloco operatório do Hospital Curry Cabral. Foi a segunda cirurgia robótica realizada pela equipa da ULS São José-Hospital Dona Estefânia (HDE) a uma criança de um ano – abordagem inédita no país naquela faixa etária. A primeira, uma reimplantação ureteral extra-vesical, aconteceu a 21 de janeiro de 2025.

Realizada pela equipa de Cirurgia Pediátrica do HDE, coordenada pela cirurgiã Sofia Ferreira de Lima e assistida por Leonor Torres e Pedro Morais, a intervenção aconteceu no Hospital Curry Cabral, onde se encontram os robôs. Esta cirurgia contou com o apoio de uma equipa de Anestesiologia composta por José Mafra e Frederico Carvalho e de enfermagem com Ana Torrão, Fátima Preto,

... “Temos o maior centro de robótica do país e queremos manter esta aposta...”



“É muito gratificante poder-
mos oferecer uma abor-
dagem tecnologicamente
avançada e inovadora ...”

Maisa Albuquerque e Tiago Barreto.

A cirurgia robótica, sendo uma forma inovadora de cirurgia minimamente invasiva, tem vantagens inigualáveis na ergonomia e inclui instrumentos que replicam os movimentos da mão do cirurgião, permitindo ações sem tremor e de elevada precisão. A visão de alta definição amplificada e com 3D de imersão permite ao cirurgião uma melhor visualização da área cirúrgica. Todas estas características traduzem-se numa maior facilidade para o cirurgião, com diminuição do tempo cirúrgico, uma disseção mais precisa dos tecidos, resultando também em menores perdas sanguíneas e levando a uma recuperação mais rápida dos doentes e regresso à vida normal.



“É muito gratificante podermos oferecer uma abordagem tecnologicamente avançada e inovadora com tantas vantagens aos nossos bebés, crianças e adolescentes do Serviço Nacional de Saúde, através do trabalho que realizamos na ULS São José”, refere Sofia Ferreira de Lima.

A presidente do Conselho de Administração da ULS São José, Rosa Valente de Matos, lembra que esta *“ULS foi pioneira na cirurgia robótica pediátrica. Temos o maior centro de robótica do país e queremos manter esta aposta, pelos benefícios que tem para os doentes e para os profissionais”*.

O Centro de Cirurgia Robótica da ULS São José conta, até ao momento, com mais de 2.150 cirurgias realizadas. O primeiro robô da instituição, e o primeiro do SNS, começou a ser utilizado em outubro de 2019, e o segundo em outubro de 2023.

A cirurgia robótica é utilizada atualmente em: Urologia, Cirurgia Hepática, Cirurgia Colorretal, Cirurgia Torácica, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Pancreática, Cirurgia Endócrina, Cirurgia Esófago Gástrica, Ginecologia e Cirurgia Pediátrica.

A RTP acompanhou a cirurgia robótica realizada no dia 14 de março, assim como a primeira consulta após a intervenção. Da autoria da jornalista Filipa Venâncio e dos repórteres de imagem Jaime Guilherme e Guilherme Colaço, a reportagem foi emitida no dia 14 de abril, no Bom dia Portugal, da RTP.

Para ver ou rever em rtp.pt



Enfermeira Fernanda Silva nova Provedora do Utente da ULS São José

A enfermeira gestora Fernanda Silva é a nova Provedora do Utente da Unidade Local de Saúde (ULS) São José, tendo sido nomeada pelo Conselho de Administração por um período de três anos. A sua nomeação foi anunciada durante a celebração do Dia Mundial da Diversidade Cultural para o Diálogo e o Desenvolvimento, que decorreu no passado dia 21, na sala de conferências do HDE.

Aposentada desde fevereiro deste ano, Fernanda Silva foi escolhida pela sua formação e experiência e por reunir as capacidades adequadas para desempenhar, com elevada competência, as funções previstas para o cargo e, em particular, para promover a defesa dos direitos dos utentes das unidades que compõem a ULS.

Com vasta experiência de intervenção comunitá-

ria em franjas da população em situação vulnerável e exclusão social e uma intervenção focada na promoção da humanização dos cuidados de saúde, no trabalho multidisciplinar, na comunicação assertiva entre profissionais e utentes e na equidade do acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), Fernanda Silva é especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, tendo iniciado a sua carreira profissional em fevereiro de 1982, no serviço 10 do Hospital São José. Passou por diversas instituições, como os hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos, e por várias unidades de Cuidados de Saúde Primários, entre as quais o Centro de Saúde da Alameda (que integra a ULS São José).

Nos últimos 15 anos exerceu funções de coordenadora do Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Migrante, em Lisboa, tendo desen-



volvido um trabalho profícuo na garantia de acesso da população migrante ao SNS.

Anunciando a decisão do CA, a presidente Rosa Valente de Matos disse: *“Hoje é um dia importante para a ULS porque vamos dar mais um passo na defesa dos direitos dos nossos utentes. Tenho o privilégio de anunciar aqui a nossa Provedora do Utente!..! Fernanda Silva vai fazer acontecer. Em nome do CA e dos nossos utentes, agradeço profundamente ter aceite este desafio”.*

Fernanda Silva disse, por seu turno: *“Farei tudo o que estiver ao meu alcance para responder ao voto de confiança que me deram”. “Regresso a esta casa numa outra perspetiva, mas que, curiosamente, vai de encontro ao que era o meu objetivo: eu queria fazer voluntariado quando me aposentasse, mas não conseguia definir que tipo de voluntariado era esse. Quando este desafio me foi lançado, eu tive um choque elétrico: senti – é isto! É aqui que me encaixo”.* E, a terminar a sua intervenção, sublinhou: *“Conto com a colaboração de todos os profissionais e de alguns colaboradores mais próximos para melhorar o acesso e o percurso dos utentes e*

famílias em todas as unidades da ULS São José”.

A nova Provedora do Utente exercerá funções em regime de voluntariado e de acordo com o estabelecido no Regulamento do Provedor do Utente.

“Regresso a esta casa numa outra perspetiva mas que, curiosamente, vai de encontro ao que era o meu objetivo ...”

ULS São José bate recordes de produção, aproximando-se dos 3 milhões de consultas

Foram realizadas na ULS São José, em 2024, 2,76 milhões de consultas hospitalares e nos cuidados de saúde primários, mais 6,4% face a 2023. O número de cirurgias subiu, por seu turno, 5,9%, passando a um total de 53.773.

A Unidade Local de Saúde (ULS) São José registou, em 2024, um aumento dos seus indicadores de atividade assistencial, relativamente ao período homólogo, tendo atingido valores recorde nas consultas externas dos cuidados hospitalares, cirurgias e sessões de hospital de dia.

No primeiro ano enquanto ULS São José, foram realizadas 2,76 milhões de consultas, das quais 1,29 milhões hospitalares (885.783 médicas e 407.473 não médicas) e 1,47 milhões nos cuidados de saúde primários (992.887 médicas e 477.540 não médicas). Relativamente ao período homólogo, regista-se um crescimento de 8,4% nas consultas hospitalares e de 4,7% nos cuidados de saúde primários.

Ao longo dos 12 meses de 2024, foram realizadas 53.773 cirurgias, o que representa um aumento de 5,9% face a 2023. Registou-se também uma subida nos indicadores da hospitalização domiciliária: 301 doentes tratados em casa, mais 46,8% do que no ano anterior. No que diz respeito ao hospital de dia, foram tratados 13.851 doentes (+27%) num total de 79.424 sessões (+49,8%). Nos serviços de urgência, verifica-se um crescimento de 1,3%, com um total de 251.277 atendimentos.

A ULS São José-Maternidade Alfredo da Costa registou, por seu turno, um aumento do número de partos, tendo realizado 4.146, mais 12,1% do que em 2023. Trata-se de número recorde desde 2012.

Os números de consultas externas ao nível hospitalar, de cirurgias, de atendimentos nos serviços de urgência e de sessões de hospital de dia são os mais elevados desde 2015 (últimos indicadores de desempenho disponíveis de todas as unidades que fazem parte do atual universo da ULS

São José).

“Estes números refletem o trabalho incansável e a dedicação dos profissionais da ULS São José, que têm conseguido dar uma resposta cada vez mais diferenciada e de acordo com as necessidades da população que servimos”, destaca Rosa Valente de Matos. Para a presidente do Conselho de Administração da ULS São José, o crescimento de todos os indicadores da atividade assistencial revela o “sucesso do novo modelo organizativo” e a capacidade que os profissionais tiveram para se adaptarem “ao processo de integração de diferentes estruturas e modelos organizativos”.

Em 2024, a ULS São José voltou a inovar no cuidar, realizando vários procedimentos pioneiros no país, como o primeiro transplante hepático com robótica na Europa e a primeira cirurgia robótica pediátrica em Portugal, e introduzindo novas estruturas e modelos organizativos, como a hospitalização domiciliária na Obstetrícia e a Unidade de Geriatria.

Os dados da produção assistencial da ULS São José foram noticiados pela agência Lusa, no dia 22 de fevereiro. A notícia com o título “*ULS São José realizou quase 3 milhões de consultas e mais de 50 mil cirurgias em 2024*” foi reproduzida por vários meios de comunicação social, entre os quais o Observador e o Notícias ao Minuto.





Intervenção comunitária num centro de acolhimento para requerentes de asilo e refugiados.

Sílvia Gonçalves, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, Coordenadora da UCC Sacavém
Marta Martins, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira na UCC Sacavém

Tudo começou quando em 2018 uma enfermeira e uma médica do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Sacavém se sentiram desafiadas a conhecer o primeiro local de acolhimento, de muitas das crianças requerentes de asilo que lhes eram sinalizadas por diferentes entidades. Sob os seus olhos apareceu todo um mundo novo até ali desconhecido: um Centro de Acolhimento para Requerentes de Asilo, bem ao lado da porta do NACJR e da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Sacavém. Inicialmente a ideia era conhecer a realidade destas crianças e facilitar o acesso destas a cuidados de saúde.

Segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) naquele ano, cerca de 50 milhões de crianças em todo o mundo estavam em movimento. Parte dessa migração é positiva, com as crianças e as suas famílias em movimento de forma voluntária e segura. No entanto, a experiência de migração para milhões de crianças não é nem voluntária nem segura, mas repleta de riscos e perigos. Em muitos casos, crianças e famílias sem recursos económicos têm como única escolha, o recurso a contrabandistas, traficantes e rotas informais que colocam a sua segurança em grande risco.

Assim, planeámos e solicitámos autorização à di-

Onde uns veem barreiras, de língua ou culturais, nós vemos desafios e oportunidades de crescer.

reção do Centro de Acolhimento para irmos uma vez por semana, a um dos centros, efetuar consulta médica e de enfermagem a crianças dos 0 aos 2 anos, aquelas que tendo acabado de chegar a Portugal se encontravam em situação de maior vulnerabilidade.

Rapidamente compreendemos que estávamos perante um desafio muito maior do que o que inicialmente tínhamos previsto. E tendo em linha de conta que existia um segundo Centro de Acolhimento da mesma entidade muito próximo destinado à reinstalação de refugiados através dos programas do ACNUR, tudo mudou. O ano de 2018, sobretudo os últimos meses do ano, com a chegada de reinstalação e recolocação em número muito mais elevado que o expectável, elevou o nosso desafio a um outro patamar.

Assim, nasce em 2019 o Projeto de Intervenção em Saúde em Requerentes de Asilo e refugiados, que se mantém até aos dias de hoje. Em 2018 apoiámos 990 pessoas, em 2019 passaram a 1438, um aumento de 170%, para em 2020 passarem a 1675 pessoas apoiadas. No ano de 2023, passaram pela nossa equipa 2565 seres humanos em diferentes fases de vulnerabilidade, requerentes de asilo, reinstalados e recolocados.

Ser enfermeiro num contexto destes é altamente exigente em todos os diferentes níveis do Cuidar. O nível de violência e a clara violação dos direitos humanos destas pessoas vem com les na bagagem, não só física, pois chegam com muita frequência com a roupa do corpo e um pequeno saco de plástico com alguns escassos pertences, mas também emocionall

O Tráfico de Seres Humanos (TSH) é também uma das principais preocupações no que concerne à segurança desta população. Segundo o Observatório do Tráfico de Seres Humanos (OTSH) Por-

tugal continua a ser, à semelhança de anos anteriores, um dos países identificados como país de destino, principalmente na área da exploração laboral. As vítimas são maioritariamente do sexo masculino, sendo também a maioria adultos. No entanto, os menores que foram sinalizados como vítimas de TSH são maioritariamente do sexo feminino.

Ao longo destes anos de trabalho no terreno foi necessário pensar e repensar como adequar os cuidados, de acordo com as necessidades identificadas. Chegámos a outro desafio: criar equipas de trabalho culturalmente competentes. A competência cultural em enfermagem é definida como a "compreensão da importância social e da influência cultural sobre as crenças de saúde e os comportamentos das pessoas, com base numa consciência adquirida pelos enfermeiros sobre os estilos de vida próprios das populações" (Rodrigues, 2014). Também Coutinho et. al (2018), citando Campinha-Bacote, no seu modelo teórico,



baseado na Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger, definiu competência cultural como, “o processo onde o prestador de cuidados de saúde se empenha incessantemente de forma a adquirir a habilidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente no contexto cultural do seu cliente”, definindo que o contexto onde o mesmo é aplicado pode ser individual, familiar ou comunitário.

Sem sombra de dúvida que os desafios continuam. Quando eclodiu o conflito no Afeganistão, a equipa teve de se organizar de forma a dar resposta imediata a mais de 100 pessoas vindas num dos voos de evacuação humanitária, sem dúvida uma das mais complexas operações que efetuámos até hoje. O trabalho em rede e as parcerias têm sido fundamentais, sendo um grande privilégio poder estar lado a lado com equipas do terreno, como foi anteriormente com o Alto Comissariado para as Migrações (ACM) e atualmente com a Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA). Temos estado em todas as chegadas de voos de evacuação humanitária para a base militar de Figo Maduro, a trabalhar lado a lado com

Somos melhores
Enfermeiros do que em
2018 e melhores Seres
Humanos...



essas equipas, quer na crise do Afeganistão quer na crise da Ucrânia, desenvolveu em muito as competências desta equipa de intervenção comunitária.

Apreendemos por experiência, melhoramos a nossa capacidade de cuidar através dos erros que cometemos, e crescemos uns com os outros. Somos melhores Enfermeiros do que em 2018 e melhores Seres Humanos. Sofremos muito também, existem muitas lágrimas pelo meio, muita sensação de impotência, de frustração por não conseguir fazer mais. Mas o bom é inimigo do ótimo como passámos a dizer uns aos outros.

Em 2021, para melhorar a resposta à saúde infantil, em parceria com o Centro de Acolhimento, foi criada a "Copa do Bebê Refugiado", um espaço destinado à preparação de refeições para bebés/crianças e à realização de sessões com o objetivo de ajudar as mães a desenvolverem as suas competências parentais. Muitas destas mães, chegam a Portugal, com os seus filhos, sem uma rede segura de apoio. A desnutrição é muitas vezes evidente comprometendo desde cedo o crescimento e desenvolvimento destas crianças.

Cada uma de nós, com o seu saber vai dando o mimo, o colo e o acesso integral à saúde a estas crianças, mães, mulheres e homens que nunca tinham tido atenção de nenhum profissional de saúde. Cumprimos o Plano Nacional de Vacinação (PNV), acompanhamos pessoas com doenças crónicas, efetuamos acompanhamento no âmbito da saúde infantil, da saúde materna, rastreamos tuberculose, efetuamos toma assistida de terapêutica, e articulamos com todas as especialidades médicas necessárias à continuidade dos cuidados dentro da nossa Unidade Local de Saúde.

Somos uma equipa muito privilegiada pois todos os colegas em todas as diferentes consultas ou serviços de internamento nos dão sempre o suporte necessário. Esta população entra em Portugal e são em primeira linha triados pela nossa equipa, mas sem a rede de suporte existente entre todos nós, nada era possível. Mais do que um projeto de intervenção comunitária sentimos que somos a família que muitos perderam, e é esse o sentimento que estas pessoas nos transmitem. Somos uma família com várias cores, credos e ra-

ças. E através da partilha de experiências, conseguimos criar ligações e, com isto, temos ganhos transversais em saúde.

Onde uns veem barreiras, de língua ou culturais, nós vemos desafios e oportunidades de crescer. Ser Enfermeiro a cuidar de populações vulneráveis e de risco é no nosso entender uma missão que muito dignifica a nossa profissão. As crises humanitárias sempre existiram e vão existir, logo é olhar em frente, aprender com cada uma delas e melhorar a resposta aos mais vulneráveis.



IV Congresso de cuidados respiratórios em enfermagem de reabilitação

2026 | 20, 21 e 22 ABRIL

Save the date



COMUNICAR, MOTIVAR, CAPACITAR O DOENTE RESPIRATÓRIO

CURSOS & WORKSHOPS

TERAPÊUTICA NA ASMA E DPOC - DISPOSITIVOS INALATÓRIOS
ESTOMAS RESPIRATÓRIOS
ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS
COMO ESTRUTURAR UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO DOENTE RESPIRATÓRIO

MAIN TOPICS

MICROBIOMA INTESTINAL E A SAÚDE RESPIRATÓRIA
PERCURSO ASSISTENCIAL DO DOENTE COM DPOC
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
NOVOS DISPOSITIVOS NA CLEARANCE CILIAR
NEUROMUSCULAR: VENTILAR NO DOMICÍLIO
PAPEL DO EER NA ELA
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA
TELEMONITORIZAÇÃO
TELEREABILITAÇÃO
RIGTH CARE DPOC
CUIDADOS PALIATIVOS DO DOENTE RESPIRATÓRIO CRÓNICO

SIMPÓSIOS & CONFERÊNCIAS

COMUNICAÇÕES

Eventos em destaque



▶▶ **9 e 10/10/2025** | Enfermagem de Reabilitação na Integração dos Cuidados de Saúde

Organizado pelo Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULSBA, o evento decorrerá no auditório do Instituto Politécnico de Beja,

Informações em:
<https://www.ulsba.min-saude.pt>

▶▶ **15 a 17/10/2025** | XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

O evento, que vai já na sua 16.ª edição, "é o maior e mais relevante evento anual nacional no campo da Enfermagem de Saúde Mental, e realiza-se, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Informações em:
<https://aspesm.com>

▶▶ **20 e 21/11/2025** | VII Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria

Promovidas pela Associação de Enfermeiros Perioperatórios de Leiria, as Jornadas, vão decorrer no Auditório da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Leiria.

Informações em:
<https://diventos.eventkey.pt>

▶▶ **5/11/2025** | Jornadas de enfermagem da Medicina Física e Reabilitação da ULSS José

Sob o tema "De mãos dadas com o cuidador", as Jornadas vão realizar-se no anfiteatro do Hospital Júlio de Matos.



▶▶ **27 e 28/11/2025** | 2º Encontro de Enfermagem de Oftalmologia

Promovido pelos Enfermeiros do CRIO da ULS Almada-Seixal, o encontro realiza-se no Instituto Português da Qualidade, em Almada.

Informações em:
<https://enfermagemoft.wixsite.com/encontro2>

Custo efetividade da Hospitalização Domiciliária Face à Hospitalização Convencional:

Revisão Sistemática de Estudos



BIOGRAFIA

Hilária Viveiros: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Licenciada em Enfermagem, Serviço de Neurociências do King Faisal Specialist Hospital & Research Center, Jeddah, Arábia Saudita; hilariaviveiros@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-5362-0313>

Júlio Veríssimo: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Licenciado em Enfermagem, Unidade de Cuidados Continuados Integrados São Roque, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Lisboa; verissimog@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1876-5987>

Susete Amaro: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras; Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, Torres Vedras; susete_amaro@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0003-9622-5350>

Tânia Florentino: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Torres Vedras; Torres Vedras; tmpmagro@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-9163-2171>

RESUMO

Introdução

A Hospitalização Domiciliária, promove um modelo de cuidados humanizado, parecendo ser uma alternativa ao internamento hospitalar ao reduzir custos, promovendo maior sustentabilidade económica.

Objetivo: Verificar se a Hospitalização Domiciliária apresenta maior custo efetividade relativamente à Hospitalização Convencional.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, recorrendo ao servidor EBSCO e PubMed, entre 2015 e 2022, usando os termos MeSH: "Home Care Services, Hospital-Based", e "Costs and Cost Analysis". Identificaram-se 378 artigos. Após aplicação de critérios de seleção, incluíram-se onze artigos.

Resultados e Discussão: A Hospitalização Domiciliária apresenta custos mais baixos face ao internamento hospitalar, em dez estudos. Estes, apre-

sentam medidas de efeitos que permitem verificar que a Hospitalização Domiciliária é mais efetiva na redução do tempo de internamento, na utilização de recursos, nas readmissões e diminuição de infeções, além de melhorar a qualidade de vida dos doentes. Dois artigos realizam uma análise de custo-efetividade, que apontam para redução de custos na Hospitalização Domiciliária. Contudo, um estudo revelou maior custo com profissionais de saúde.

Conclusão: A Hospitalização Domiciliária, poderá ser um modelo de cuidados a implementar, sendo eleita para serviços de saúde com restrições de capacidade e custos crescentes.

INTRODUÇÃO

A Hospitalização Domiciliária (HD), iniciou-se na década de 40 (Cunha et al. 2017), com o objetivo de descongestionar o hospital e permitir condições psicológicas favoráveis aos utentes (Andrade et al. 2019). O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, acarretam um substancial consumo de recursos de saúde. O doente crónico complexo, é um consumidor de cuidados de saúde, frequentando assiduamente o hospital e representando uma percentagem considerável do internamento convencional (OMS, 1996). A maximização do desempenho dos cuidados hospitalares, associada à eficiência nos recursos existentes e nos meios disponíveis, incentiva o recurso a modelos inovadores como a HD na perspetiva de melhoria, e promoção de cuidados humanizados aos utentes e suas famílias (OMS, 1996).

A HD cujo princípio base é, cuidar do doente agudo ou crónico agudizado que necessita de cuidados hospitalares, mas que reúne condições para ser tratado no domicílio com consentimento do próprio e família (Ministério da Saúde, 2018); promove a disponibilidade de cuidados de saúde, onde se valoriza a proximidade ao utente (Cotta et al. 2001). A HD tem vindo a ser reconhecida com potencial indiscutível nas estratégias de resposta do SNS, com dispensa de incentivos financeiros para o seu desenvolvimento, sendo por isso expectável o crescimento destas unidades a longo prazo (Ministério da Saúde, 2019). Numa ambição temporal do SNS de 7 a 10 anos, perspetiva-se meio milhão de pessoas em HD, abrangendo 5%

da população nacional (ACSS, 2020).

A evidência científica internacional, enumera vantagens na redução das infeções nosocomiais, na síndrome confusional aguda, na diminuição da demora média de internamento e das taxas de reinternamento hospitalar (Ministério da Saúde, 2018); e ainda, benefício no custo-efetividade e satisfação do utente/família (Cotta et al. 2001). Na perspetiva económica e de gestão em cuidados de saúde, a HD traduz um contributo inovador na melhoria da proximidade e acesso aos cuidados hospitalares, e permite melhorar a gestão clínica das camas no SNS (Ministério da Saúde, 2018). Como estratégia de saúde dirigida para os recursos disponíveis e para o foco de ação/objetivo, estimula os ganhos em eficiência e qualidade, promove a integração e articulação de cuidados de saúde numa gestão otimizada, focando-se na qualidade de vida das pessoas e, fomentando um SNS capaz de alcançar "mais e melhores resultados a partir dos recursos disponíveis e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos." [Ministério da Saúde (2018), p. 26900-(2)]

A HD contribui segundo o Ministério da Saúde (2018) para "(...) melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares e para uma melhor gestão das camas disponíveis, para o tratamento de doentes agudos no SNS" [p.26900 - (2)]. São objetivos comuns dos modelos de HD a nível internacional, a diminuição da lotação de camas, a melhoria da qualidade de vida do utente, no seu ambiente familiar, e a diminuição dos custos do internamento (Alves et al. 2017). Na realidade nacional, o custo do internamento pode ser calculado de acordo com o sistema de classificação de Grupos de Diagnósticos Homogéneos ou conforme a diária de internamento; este último, só deverá ser contemplado nas situações de episódio de internamento não agudo de utentes, ou em situações específicas para cálculo do preço (Ministério da Saúde, 2017). O episódio de Hospitalização Domiciliária "(...) é faturado de acordo com as regras em vigor, à data de alta do episódio, considerando os valores de referência para o internamento hospitalar (ACSS; 2020, p.9).

Este modelo em expansão, é uma aposta na gestão de cuidados de saúde diferenciados, para permitir a descentralização dos vetores assistenciais

na saúde, vislumbrando a excelência da qualidade, numa vertente integrada e de sustentabilidade global de saúde (Lima, Spagnuolo, & Patrício, 2013). Segundo Sales (2020), "(...) há ainda uma percentagem elevada do universo de 800.000 doentes internados por ano no SNS candidata à hospitalização domiciliária", sendo importante consolidar e alargar este modelo de prestação de cuidados no SNS. O Secretário de Estado da Saúde lembrou em 2020, que o Orçamento do Estado nesse ano, teria um reforço financeiro para os hospitais e unidades locais de saúde a iniciar esta atividade (Sales, 2020). A HD é entendida como uma alternativa à Hospitalização Convencional (HC), considerando-se o internamento em HC como a "modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (...) com permanência de, pelo menos, 24 horas." (Instituto Nacional de Estatística, 2020, p. 323).

No contexto português, é uma questão atual na rede de cuidados de saúde, com enquadramento relevante na política de saúde nacional, não existindo, contudo, evidência de estudos nacionais que efetuem análise económica sobre o tema. Propõe-se a realização de uma revisão sistemática de literatura que responda à questão de investigação: Será que a Hospitalização Domiciliária apresenta maior custo efetividade relativamente à Hospitalização Convencional? Estabelecendo-se como objetivo: Verificar se a Hospitalização Domiciliária apresenta maior custo efetividade do que a Hospitalização Convencional.

METODOLOGIA:

Foi realizada uma pesquisa sistemática nas bases de dados do servidor EBSCO (CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection (tm); Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); MedicLatina(tm); MEDLINE® with Full Text – 1200 Journals Full Text: Inclui o International Nursing Index.) e da PubMed (MEDLINE; PubMed Central (PMC); Bookshelf). A consulta foi realizada considerando o período temporal compreendido entre 1 de Janeiro de 2015 e 05 de Maio de 2022. Foram cruzados os termos MeSH:

"Home Care Services, Hospital-Based", e "Costs and Cost Analysis" através do operador booleano AND. Foram selecionados para avaliação artigos disponibilizados em texto livre e em língua inglesa. A qualidade da pesquisa foi garantida pela revisão dos artigos por pares. No quadro seguinte são apresentados os critérios de seleção.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	
Desenho	Artigos de avaliação económica
População	Pessoa Adulta internada em Hospitalização Domiciliária
Intervenção	Hospitalização domiciliária
Comparador	Alternativas à Hospitalização Domiciliária
Resultado	Custo Efetividade
Língua	Inglesa
Espaço Temporal	2015 a 2022
Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos qualitativos, de caso e de opinião - Artigos sem cálculo de custos, ou sem resultados de análise económica de custo efetividade - Artigos financiados pela indústria

Tabela 1 – Critérios de seleção dos artigos da revisão sistemática

Os critérios de inclusão nortearam a pesquisa perante o objetivo do estudo. Excluíram-se os artigos de estudos qualitativos, de caso e de opinião, e também os artigos sem cálculo de custos, ou sem resultados de análise económica de custo efetividade, além dos artigos financiados pela indústria. Desta pesquisa, obteve-se uma seleção da PubMed com trezentos e setenta e três resultados às 22h18m de 05/05/2022, e da Ebscohost com quatro resultados, às 22h40m de 05/05/2022. O fluxograma (Figura 1), traduz a pesquisa realizada e o número de artigos que cumpriram os critérios definidos.

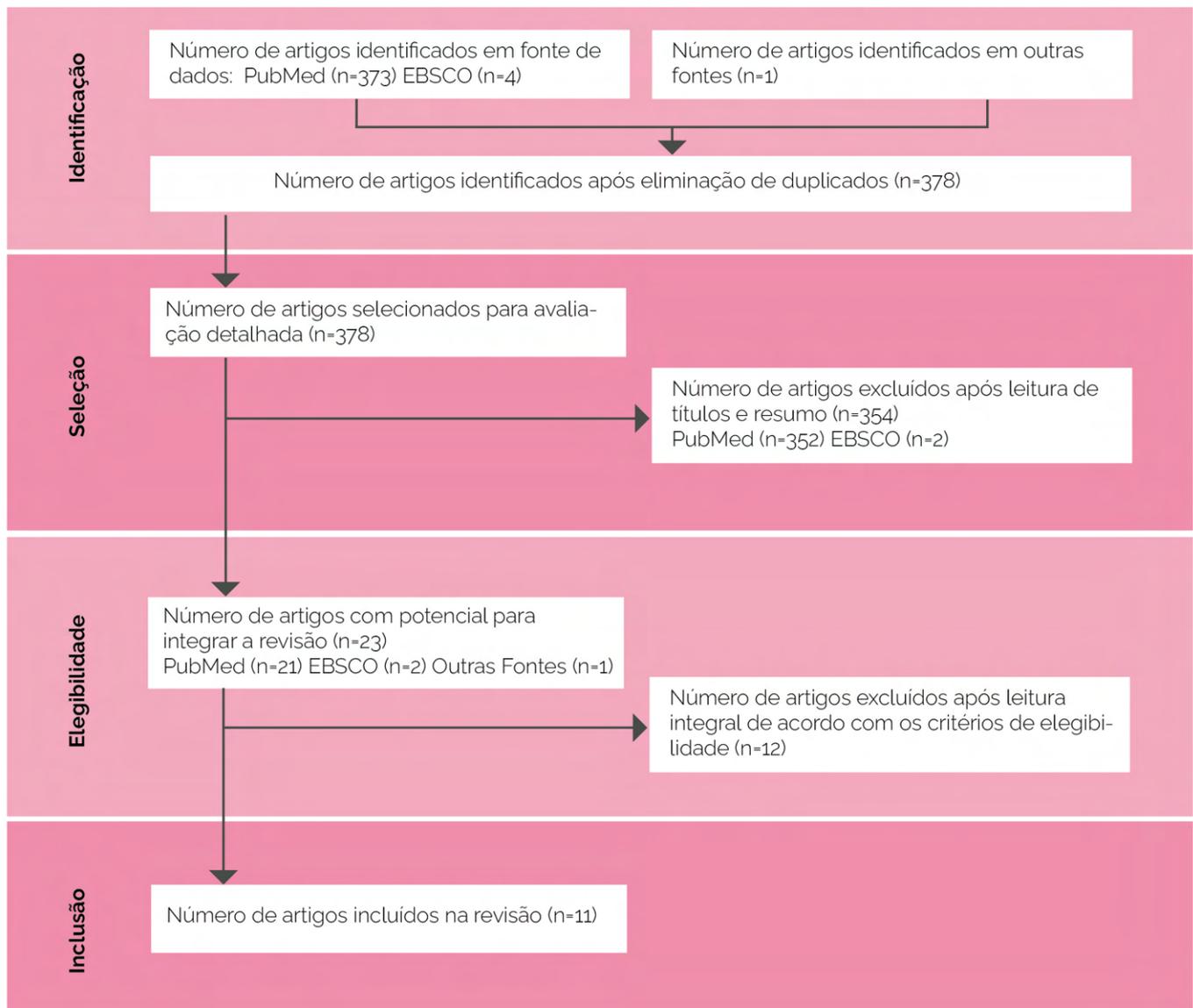


Figura 1 – Fluxograma da pesquisa sistemática

A análise dos artigos incluídos na revisão englobou: o tipo de estudo, o tipo e perspectiva de análise, as intervenções comparadas, tipo de custos, moeda, custos, efeitos representados, medidas de efetividade/utilidade e resultados. O estudo dos resultados permitiu uma avaliação dos custos e efeitos comparados da HD com a HC.

De forma a responder à questão de investigação, os estudos foram sujeitos a leitura e análise integral. A definição de “hospitalização domiciliária” varia frequentemente consoante o país e mesmo consoante regiões em determinados países. Assim, consideraram-se que se referiam a HD, os termos “Hospital-at-home integrated care unit”, “Hospital at Home” e “Home Hospital Care” e como HC, os termos “Hospital-based postacute geriatric

rehabilitation”, “In-hospital usual care usual care” e “Traditional Hospital Care”.

RESULTADOS

O resultado da pesquisa seguindo os critérios de elegibilidade definidos, identificou vinte e três artigos, excluindo-se doze artigos após leitura integral, por não apresentarem dados comparativos entre unidades de HD e HC.

Relativamente ao desenho do estudo, identificaram-se três ensaios controlados randomizados, quatro estudos de coorte retrospectivo, um estudo quase experimental longitudinal, um estudo comparativo não randomizado, um estudo observacional não intervencional, e um estudo caso controlo com abordagem observacional retrospectiva.

Os onze artigos incluídos na RSL que abordam a temática em estudo provêm de uma variedade geográfica, pelo que podemos inferir o interesse mundial pela análise do custo efetividade da HD face a outro tipo de internamento hospitalar. Os estudos selecionados abordam algumas formas de análise do custo benefício deste modelo, destacando-se o custo direto dos cuidados: honorários de profissionais, material de consumo clínico, medicamentos e exames complementares de diagnóstico. Outros custos estudados estavam relacionados com readmissões, segurança e qualidade dos cuidados. Na análise podemos constatar que a abordagem é realizada em contextos clínicos diferentes, sendo a HD uma alternativa ao internamento em HC, que indica uma redução de custos e contribui para uma maior sustentabilidade económica. A HD apresenta custos mais baixos face ao internamento hospitalar na maioria dos estudos analisados, embora Kato e Fukuda (2017) tenham encontrado áreas de maior despesa para a HD. Os resultados apresentam também medidas de efeitos que permitem verificar que a HD é mais efetiva na redução do tempo de internamento, na utilização de recursos hospitalares, nas readmissões não planeadas e na melhoria da qualidade de vida.

Os onze artigos encontram-se em tabela síntese (Anexo I), efetuam uma análise de avaliação económica estudando vários tipos de custo relativos ao internamento em HD e em HC. A HD mostra melhores resultados no grau de recuperação funcional [Closa et al. (2017)], menor número de readmissões, menos emergências, maior atividade física, menor número de consultas e de pedidos laboratoriais [Levine et al. (2018)], aumento da sobrevivência, menor período de internamento, aumento da qualidade de vida (QALY - Quality Adjusted Life Year) [Kulthanachairojana et al. (2020)] e menores exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) [Echevarria et al. (2018)]. Levine et al. (2019), mostra também benefícios da HD nas áreas de consumo de medicação e testes de diagnóstico, na atividade física, nas readmissões, no sedentarismo e satisfação. Para Cai et al. (2018), a taxa de mortalidade é mais elevada em HC, e os utentes em HD apresentam menor propensão de entrar em lares após alta. Os cuidados paliativos e a morte em casa, integrada em HD,

produz economia em saúde, [Chiang, Kao, (2015)]. Cartoni et al. (2018), referem que a taxa de infeção, é menor em HD, o que se traduz em internamentos mais curtos em HD originando menores custos em saúde. O maior consumo de tempo pelos profissionais no tratamento em HD é um fator determinante no aumento dos custos segundo Kato e Fukuda (2017); sendo três vezes superior na HD comparativamente à HC, no estudo de Franken et al. (2017).

DISCUSSÃO:

Dos onze estudos admitidos para revisão, dez apresentam valores de custo menores para HD do que para HC, apenas um refere o contrário. A discussão dos estudos desenvolve-se em dois grupos de análise: medidas de custos e medidas de efeito.

Medidas de custo

A evidência encontrada na redução de custos da HD foi estatisticamente relevante de $p < 0,001$ para Chiang, Kao, (2015); Cai et al. (2017); Closa et al. (2017); Cai et al. (2018); Levine et al. (2020) e Cartoni et al. (2020). Para Echevarria et al. (2018) o valor é de $p = 0,001$, e de $p = 0,05$ para Kato e Fukuda, (2017) e Levine et al. (2018). Sem apresentar este valor Kulthanachairojana et al. (2020) estudaram os custos do ciclo de quimioterapia em pessoas com o diagnóstico de cancro do cólon estágio III, o tratamento domiciliário (HD) apresentou uma poupança de 1.513,37\$ por utente (\$ 4.493,59 versus \$ 6.006,96 em HC), apontando para uma possível economia anual de \$ 828.436. Poupança essa devida ao menor tempo de permanência no hospital e no número de complicações.

Para Franken et al. (2020), os custos da administração subcutânea de um medicamento em utentes com cancro de mama foram superiores nos cuidados de saúde no domicílio (HD 91,33€ versus HC 47,11€, $p = 0,001$), devido ao maior tempo gasto pelos profissionais de saúde (110 versus 38 minutos) por tratamento. Embora os seus achados apontem para menores custos para o utente e sua família em HD, nas despesas de deslocação (€0 versus €7) e no tempo gasto por cuidadores informais. (€4 versus €14).

Chiang, Kao, (2015) analisou dados sobre o impacto dos Cuidados Paliativos em HD e HC em

utentes com cancro de pulmão avançado, os custos máximos obtidos para HD foram menores de que para HC, \$ 1.385,00 e \$ 2.155,00 respetivamente. Conclui ainda que se economizou 35,7% nos custos com a saúde no último mês de vida sem comprometer a sobrevivência na HD. A avaliação de Cai et al. (2017), de um programa implementado para veteranos, identificou gastos por utente tratado, inferiores em HD US\$ 5.150 versus US\$ 8.339 em HC. A avaliação económica comparativa de cuidados paliativos para utentes com neoplasia terminal, realizada por Kato e Fukuda, (2017) determinou que os custos de tratamento foram substancialmente mais baixos em HD, nomeadamente a menor necessidade de uso de oxigenoterapia, de opióides intravenosos e esteróides. Closa et al. (2017) compararam um programa de HD de reabilitação orto geriátrico, com o internamento em HC, e observaram menores custos para o sistema de saúde na abordagem em casa. O custo direto da totalidade dos cuidados de saúde, foi significativamente menor para os utentes em HD, 7120 € versus 12.149€ em HC. No estudo de Cai et al. (2018), compararam-se cuidados de saúde a veteranos em HD e HC, e concluíram menores gastos em HD US\$ 7.792 do que em HC US\$ 10.960, por pessoa tratada. A HD foi custo efetiva para os utentes estudados com exacerbações da sua DPOC, apresentando para HD um custo de € 4869,39 e para HC de €6151,43. Devido a poupanças em cuidados de saúde e apoio social e menor tempo de internamento em HD (Echevarria et al., 2018). Os estudos de Levine et al. (2018) e Levine et al. (2020) evidenciaram uma redução de custos e de utilização de cuidados de saúde na HD em comparação com os cuidados habituais no hospital, para utentes com doença aguda. O estudo de 2018 refere que o custo direto de tratamento para utentes em HD foi 52% menor do que para os utentes em HC, e o de 2020, diz que os resultados mostram que para o custo e utilização de cuidados de saúde, o custo médio não ajustado foi 41% menor para os utentes em HD do que os utentes em HC. Cartoni et al. (2020) analisaram os custos de cuidados paliativos precoces em utentes com neoplasia hematológica. Os seus achados sugerem que os cuidados domiciliários possibilitam uma economia semanal média de 2314,0€, independentemente da fase da doença, e podem ser mais custo efetivos devido ao menor tempo gasto

a tratar infeções.

O trabalho de Vianello et al. (2013) corrobora que o custo da assistência diária e o custo direto total, foi menor nos clientes em HD do que nos clientes tratados em HC; também González-Ramallo et al. (2017), referiram uma economia de 81%, em HD em comparação com a HC. Outra revisão sistemática, a de Leong et al. (2021), sustentam a necessidade de priorizar a HD devido aos benefícios potenciais em custos e resultados clínicos, com o contributo do conhecimento compilado na área, recomenda a HD para sistemas de saúde que têm restrições de capacidade e custos crescentes.

Medidas de Efeitos

Os estudos nomeiam outras evidências favoráveis para os utentes em HD.

Medidas de atividade/funcionalidade

Closa et al. (2017), referem que não houve diferenças no ganho funcional relativo, entre os dois tipos de hospitalização ($p = .333$) (ganho/perda de função medidos pelo Índice Barthel). O estudo de Levine et al. (2018) evidencia que a HD em comparação com o HC, melhorou a atividade física. Os utentes internados no domicílio eram mais ativos fisicamente (média de 209 minutos versus 78 minutos; $p < 0,01$), com uma tendência de mais horas de sono. Relativamente aos 30 dias seguintes à alta dos dois tipos de internamento, a média do custo direto foi 67% ($p < 0,01$) menor para utentes que estiveram em modelo de HD; identificou-se também uma menor tendência para o uso de serviços de atendimento domiciliário, com o valor de 22% em HD, 55% em HC ($p = 0,08$). Levine et al. (2020), afirmam que nos resultados relativos à atividade física por dia, para os utentes em HD, a percentagem média de sedentarismo, foi de 12% versus 23% para a HC, e de permanência na cama, de 18% versus 55% para a HC. Os autores Mas et al. (2017), referem que em termos de ganho funcional relativo, a HD apresentou melhor resultado (79,1% versus 75,2%). De igual modo, o trabalho de Cunha et al. (2017), reforça a vantagem da HD na diminuição da deterioração da funcionalidade. Cai et al. (2018) referem que os utentes em HC eram mais propensos a serem internados numa casa de repouso (12,6%) nos 30 dias após a alta hospitalar do que os utentes em HD (3,1%) ($p < 0,001$).

Estatisticamente não houve diferença significativa na mortalidade ou em reinternamentos a 30 dias.

Tempo de internamento / demora média

Closa et al. (2017) referem custos diretos médios e poupança potencial em termos da redução do tempo de internamento, que foi significativamente mais curto nos utentes em HD (10,1 dias) do que em HC (15,3 dias, $p < 0,001$); o que vai de encontro ao publicado por Gonçalves-Bradley et al. (2017), de que a HD reduziu significativamente o tempo de internamento hospitalar para diferentes grupos de utentes. Echevarria et al. (2018), referem que houve uma redução estatisticamente significativa dos dias de internamento dos utentes em HD (1dia), comparação com a HC [(5 dias) $p = 0,001$], evidenciando o seu custo benefício. O estudo de Levine et al. (2019) identifica 4,5 dias de internamento na HD, e 3,8 dias em HC, contudo o custo médio não ajustado para o internamento combinado com o período de 30 dias após a alta, foi 41% menor na HD. Tal como é referido por Leong, et al. (2021), de que na HD o tempo de internamento é mais curto. Kato e Fukuda (2017) referem que os resultados mostraram que na análise da duração total do tratamento, não houve diferença significativa ($P = 0,957$) entre o grupo HD (mediana 23 dias) e o grupo HC (mediana 26 dias). Em contraste, verifica-se um menor consumo de oxigenoterapia, de opióides intravenosos, e de esteroides em HD ($P < 0,05$), sendo o uso de opióides associado a menor duração do tratamento ($P < 0,001$). Cartoni et al. (2021) salientam que os utentes em HC eram mais jovens ($p < 0,001$), tinham uma pontuação mais alta nas Atividades de Vida Diárias (AVD) ($p < 0,001$), status de desempenho de Karnofsky mais alto ($p = 0,001$), níveis de Hemoglobina mais elevados ($p = 0,001$) e um score de interferência de sintomas MDASI¹ mais baixo ($p = 0,033$). Salientam também que os utentes em HD, tiveram uma sobrevivência global mediana significativamente menor (2,75 meses) em relação a HC (8,39 meses; $p = 0,001$). Chiang e Kao (2015) referem que os dias médios de internamento no último mês de vida foram menores no grupo HD do que no grupo HC (10,5 versus 22,0, $p < 0,001$); e uma proporção significativamente menor de utentes no grupo HD tinha mais de 14 dias internamento no último mês de vida (40,8% versus 67,3%, $p < 0,001$).

¹MDASI, M.D. Anderson Symptom Inventory

A morte em casa teve uma proporção significativamente maior em HD (55,5% versus 22,1%, $p < 0,001$).

Readmissões

Os estudos de Levine et al. (2018), e Levine et al. (2020) registaram menos readmissões em HD (11%) do que em HC (36%), ($p = 0,32$), e também no prazo de 30 dias após a alta (7% versus 23%) respetivamente. Cai et al. (2018) dizem que não houve diferença estatisticamente significativa na mortalidade ou reinternamentos a 30 dias. Referem ainda, que os utentes em HD pela sua complexidade, tiveram um risco acrescido de morte ou hospitalização aos 90 dias, contudo não experienciaram piores resultados, apesar das condições desfavoráveis na admissão. Na revisão sistemática de Leong et al. (2021), as taxas de readmissão em HD também são menores ou iguais quando comparadas com a HC.

Exames complementares de diagnóstico e consultas

O estudo de Levine et al. (2018) refere menos pedidos laboratoriais ($p < 0,01$) e menos consultas numa percentagem de 0% em HD, e 27% na HC ($p = 0,04$). Levine et al. (2019) observaram que durante o internamento em HD, os utentes tiveram menos requisições de exames (imagiologia - percentagem média 14% versus 44%; pedidos laboratoriais - mediana de 3 versus 15 por utente). Numa análise secundária que incluiu o custo médico (percentagem média de consultas, 2% versus 31%), o custo ajustado do episódio (19%) e o custo ajustado para o período de 30 dias pós-alta (25%), foi menor para o grupo de HD. Kulthanachairojana et al. (2020) seguem uma perspetiva de custos médicos diretos e indiretos, no qual os exames complementares de diagnóstico estão incluídos nos primeiros, onde se verificou a maior redução de custos (economia de 1.328,86 US\$). Para Cartoni et al. (2021) os exames complementares de diagnóstico representaram menor percentagem nos custos totais (1% HD e 4 a 5% em HC).

Medidas de satisfação e qualidade

De acordo com Echevarria et al. 2018, a maioria dos utentes preferem ser tratados em contexto de HD (90%), sendo a sua qualidade de vida ten-

dencialmente superior. Os valores totais do QALY não foram expressivamente maiores na HD 0,138 (0,052) em comparação com a HC 0,133 (0,052). Levine et al. (2018) referem que não ocorreram eventos adversos em utentes internados no domicílio e nos utentes em HC ocorreu um. Para Levine et al. (2020), 9% dos utentes em HD e 15% dos utentes em HC referem não existir qualquer evento relacionado com a sua segurança. Nenhum dos utentes em HD necessitou de serviços médicos de emergência ou foi transferido para o hospital e nenhum doente em HD e 10% em HC recebeu medicação inadequada. Leong et al. (2021), também encontraram altos níveis de satisfação na HD.

Custo-efetividade

A evidência com relevância estatística de custo-efetividade, foi encontrada no estudo de Echevarria et al. (2018) sobre a forma de custo-utilidade. Estes autores verificaram que a HD apresenta maior efetividade e é mais económica no tratamento de utentes com DPOC, sendo clinicamente eficaz e segura, apresentando nesta vertente uma melhor relação custo-utilidade face à HC. Para Cartoni et al. (2021), a HD produziu para o prestador de cuidados de saúde uma economia semanal média de 2314€, independentemente da fase da doença indicando pior relação custo-eficácia para a HC, sendo a redução do número de dias para tratamento de infeções uma das causas da sua custo-efetividade. Igualmente Leong et al. (2021) no seu trabalho, destacam vários estudos que evidenciam os benefícios do hospital em casa, em termos de segurança, eficácia, redução de complicações iatrogénicas. Outro achado relevante, salienta a HD como particularmente pertinente na atual pandemia de COVID-19, com potenciais ganhos na descentralização dos cuidados de saúde, como resposta rápida na capacidade dos serviços hospitalares, na possibilidade do aumento do controlo das infeções nosocomiais, alcançando assim valor em saúde, e benefício económico nos sistemas de saúde.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Os estudos desta RSL apresentam limitações, como a perspetiva exclusivamente hospitalar, e académica. No caso do estudo de Levine et al. (2018) a amostragem é particularmente reduzida, e conjuntamente com Levine et al. (2020) não são

apresentados valores de custo por utente. No que se refere à especificidade dos custos estudados, observa-se a necessidade de maior enfoque nos custos domiciliários não clínicos, suportados pelos utentes e suas famílias. O nível de evidência para comparação entre os modelos de HD poderá ter sido influenciado pela heterogeneidade na implementação deste tipo de hospitalização e grupos de utentes entre os estudos; seria também maior se existissem mais estudos comparativos sobre o assunto. Os vários autores utilizam diferentes designações para o conceito de "hospitalização domiciliária", o que dificultou a seleção, leitura e análise de artigos.

CONCLUSÃO:

Esta RSL estudou o internamento em HD face à HC numa perspetiva de custo-efetividade. Os seus achados parecem responder à questão de investigação, apontando a HD como mais económica e custo-utilitária que a HC. Os resultados apresentados ao nível das diferentes realidades contextuais parecem sugerir que na tomada de decisão, a racionalidade económica, será optar pela HD.

A consciencialização da importância de respostas inovadoras não é recente, e a OMS alerta para a necessidade de novas soluções para mitigar o aumento dos custos dos cuidados de saúde (OMS, 1996). Nesta perspetiva, a HD é uma tipologia de hospitalização em franco desenvolvimento a nível nacional, existindo já uma intenção económica ao nível das atuais medidas de reestruturação da saúde. Será pertinente refletir sobre a necessária aquisição de mais conhecimento nas várias dimensões integrantes desta área de cuidados, nomeadamente a realização de estudos que abordem a perspetiva hospitalar e também, a dos parceiros dos cuidados em HD, nomeadamente nas áreas da comunidade e economia social. Para uma maior robustez na validação dos dados, são necessários mais estudos para ter uma comparação de avaliação económica incremental. Em Portugal é também importante a realização de estudos sobre o custo efetividade e o impacto da HD no sistema nacional de saúde, uma vez que há que destacar a importância do papel que a HD pode representar, na reorientação e reforma na área das políticas de saúde.

Tabela 2 – Síntese dos principais resultados dos artigos incluídos na Revisão Sistemática de Literatura

Autor, Ano, País	Descrição da Amostra	Período recolha dados	Tipo de Estudo	Tipo de Análise	Perspetiva	Intervenções comparadas	Tipo de custos
Chiang, Kao, 2015 Taiwan	568 utentes (HD: n=238, HC: n=330)	1997 a 2011	Estudo de coorte retrospectivo	Análise regressão logística	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo dos cuidados de saúde HD e HC.
Closa <i>et al</i> 2017 Espanha	367 utentes (HD: n=91, HC: n=276)	2 anos de colheita de dados	Quasi-experimental longitudinal	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo total dos cuidados por utente em internamento em HD e HC.
Kato e Fukuda 2017 Japão	147 utentes (HD: n=48, HC: n=99)	04/2008 e 12/2013	Estudo caso-controle com uma abordagem observacional retrospectiva	Análise de regressão logística multivariada.	Universidade	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo total do tratamento de cuidados paliativos.
Cai <i>et al</i> 2017 EUA	421 utentes (HD: n=99, HC: n=322)	2010 a 2013	Estudo de coorte retrospectivo	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo total associado a um programa de HD

Moeda Ano	Custo HD/HC	Efeitos representados	Medidas Efetividade/ /Utilidade	Resultados
\$ dólar 2016	HD \$ 1.328,00 - 1.370,00 HC \$ 2.155,00 - 1.739,00	Qualidade nos cuidados de fim de vida: - Dias de internamento hospitalar; - Óbito em casa.	---	- Custo médio de cuidados de saúde foi menor no grupo em HD do que no grupo em HC ($p < 0,001$). - HD economiza 35,7% nos custos em cuidados de saúde no último mês de vida. - HD aumenta em 33,4% a possibilidade de falecer em casa (HD 55,5% versus HC 22,1%, $p < 0,001$) - Utentes em HD estiveram em média oito dias a menos no hospital, HC 19,76 dias e HD 11,84 dias ($0 < .001$)
€ euro 2017	HD 7.120€ HC 12.149€	- Grau de recuperação funcional relativa, - Avaliação da economia potencial na redução do tempo do internamento hospitalar agudo.	---	- O custo total dos cuidados de saúde foi significativamente menor para utentes em HD ($p < 0,001$) - Não houve diferenças no ganho funcional relativo, entre os dois tipos de hospitalização ($p = 0,333$). - O tempo de internamento hospitalar agudo foi menor nos utentes transferidos para HD, do que para HC ($p < 0,001$).
\$ dólar 2014	HD \$ 6.057. HC \$ 9.714.	- Menor consumo de oxigenoterapia e de opióides intravenosos e de esteróides em HD ($P < 0,05$); - A taxa de risco ajustada na HD para a duração do tratamento não foi significativa.	- Os custos sociais de uma única administração SC foram €1753 no ambiente domiciliar e €1724 no ambiente hospitalar.	- O custo do tratamento mais baixo no grupo em HD ($P = 0,015$). - Os custos de saúde foram maiores para administração domiciliar (91 versus 47€), devido ao maior tempo gasto por profissionais de saúde (110HD versus 38 HC minutos). - Custos para o utente e familiares foram, menores para administração domiciliar devido à ausência de despesas com deslocações (7 HC versus 0 HD €) e tempo gasto pelos cuidadores informais (14 HC versus 4 HD €).
\$ dólar 2013	HD US\$ 5,150 HC US\$ 8,339	- Custo total de cuidados de saúde, - Hospitalizações, - Internamentos nos 30 a 90 dias após a alta, - As taxas de mortalidade em 30, 90 e 180 dias foram respetivamente de 6,6%, 11% e 13,2%, e em HD e 6,2%, 14,1% e 19,7% em HC.	A taxa de reinternamento após alta não foi estatisticamente significativa.	- Redução de 38,2% em HD nos custos em comparação com HC ($P < 0,001$).

Autor, Ano, País	Descrição da Amostra	Período recolha dados	Tipo de Estudo	Tipo de Análise	Perspetiva	Intervenções comparadas	Tipo de custos
Levine <i>et al</i> 2018 EUA	57 utentes (HD: n=9, HC: n=11)	12/09/2016 a 13/11/2016	Ensaio controlado randomizado	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo do internamento em HD e HC.
Echevarria <i>et al</i> 2018 Reino Unido	2.645 utentes (HD: n=60, HC: n=58)	06/2014 a 01/2016	Ensaio clínico randomizado	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo total da assistência em saúde e social em HD e HC.
Cai <i>et al</i> 2018 EUA	832 utentes (HD: n=138, HC: n=694)	10/2012 a 11/2015	Estudo de coorte retrospectivo	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo total associado a um programa de HD
Levine <i>et al</i> 2020 EUA	91 utentes (HD: n=43, HC: n=48)	06/2017 a 01/2018	Estudo controlado randomizado	Custo efetividade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo do internamento em HD e HC.

Moeda Ano	Custo HD/HC	Efeitos representados	Medidas Efetividade/ /Utilidade	Resultados
\$ dólar 2018	HD 52% mais económica que a HC	- Custo 30 dias após a alta, - Readmissões, - Atividade física, - Sono, - Consumo de exames laborato- riais e consultas, - AVDs e AIT's	---	- Custo por internamento: HD 52% menor que HC, (p = 0,05), - Custo internamento + 30 dias após alta: HD 67% menor HC, - Readmissões: HD (11%); HC (36%), (p = 0,32), - Atividade física: HD (209 minutos); HC (78 minutos), - Horas de sono: HD (5,4 h); HC (4,1 h), - Exames laboratoriais pedidos: HD (6%); HC (19%), Consultas: HD (0%); HC (27%). - Status AVDs e AIT's: HD (0%), HC: AVDs (9%), AIT's (18%)
£ libra 2018	HD 3.857,8€ HC 4.873,5€	Anos de vida ajustados pela - Qualidade (QALY); - Taxa de readmissão; - Preferência do tipo de hospitali- zação em futuras exacerbações da DPOC; - Ansiedade e depressão.	- QALY: HD: 0,138 HC: 0,133	- A HD foi custo-efetivo em comparação com a HC em 90% (p = 0,001) - Readmissões: HD (36,7%); HC (39,7%) - QALYs: HD (0,138); HC (0,133) - 90% prefere o tratamento em HD em futuras exacerbações de DPOC - Melhoria clínica significativa em situações clínicas de depressão e ansiedade em HD, em comparação com a HC.
\$ dólar 2015	HD US\$ 7.792/pessoa HC US\$ 10.960/pessoa	- Custos totais de cuidados HD vs HC, - Hospitalizações - internamentos nos 30 dias subsequen- tes após a alta, - Ingresso em lares - internamentos nos 30 dias subsequen- tes após a alta, - Mortalidade após a alta.	- Utentes em HD com menor propensão a ingressar em lar nos 30 dias após a alta (3,1%), - Utentes em HC (12,6%) - (P < 0,001)	- Custo médio por pessoa foi menor para a HD (P < 0,001), - Taxas de reinternamento e de mortalidade a 30 dias após a alta não foram estatisticamente significativas.
\$ dólar 2019	HD 41% menor que a HC	- Custo 30 dias após a alta, - Fornecimento de medicamentos e exames de diagnóstico, - Consumo de consultas., - Atividade física, - Readmissões.	---	- Custo internamento + custo 30 dias após a alta: HD 41% menor HC, - Medicação inadequada: HD (0%); HC (10%), exames diagnóstico: 14% (HD), 44% (HC), pedidos de exames por admissão: 3 em HD e 15 em HC, - Consultas: 2% em HD e 31% em HC, - Sedentarismo: HD (12%); HC (23%), - Readmissões: HD (7%) e em HC (33%), - Satisfação: HD (100%); HC (90%), - Eventos de segurança: HD (9%) e em HC (15%).

Autor, Ano, País	Descrição da Amostra	Período recolha dados	Tipo de Estudo	Tipo de Análise	Perspetiva	Intervenções comparadas	Tipo de custos
Kulthana-chairojana <i>et al</i> 2020 Tailândia	317 utentes (HD: n=53, HC: n=264)	6 meses de colheita de dados	Estudo de coorte retrospectivo	Custo utilidade	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custos diretos e indiretos em HD em comparação com HC.
Franken <i>et al</i> 2020 Países Baixos	68 utentes (HC: n=39, HD: n=29)	25/3/2017 e 17/7/2018	---	Custo efetividade abordagem de microcusto	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custos diretos e indiretos em HD em comparação com HC
Cartoni <i>et al</i> 2020 Itália	119 utentes (casa: n=59, Hospital: n=60)	02/2016 a 03/2017	Comparativo não randomizado da vida real	Custo efetividade incremental	Hospital	Hospitalização Domiciliária (HD) Hospitalização Convencional (HC)	Custo médio semanal do utente, em HD e HC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2020). Modelo de Acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS. *Administração Central do Sistema de Saúde Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde*, 1-20.
- Alves M, et al. Alta hospitalar precoce para hospitalização domiciliária, *Acta Med Port* 2017 Dec;30(12):835-839
- Andrade, A., Chaves, C., Coutinho, E., Cruz, C., Dionísio, R., & Nelas, P. (2019). Papel de Cuidador no Contexto da Hospitalização Domiciliária: Diagnóstico, Implementação e Monitorização de Intervenção. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 365-372.
- Cai, S., Laurel, P. A., Makineni, R., & Marks, M. L. (2017). Evaluation of a hospital-in-home program implemented among veterans. *The American journal of managed care*, 23(8), 482-487.
- Cai, S., Grubbs, A., Makineni, R., Kinoshian, B., Phibbs, C. S., & Inrator, O. (2018). Evaluation of the Cincinnati Veterans Affairs Medical Center Hospital-in-Home Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(7), 1392-1398. <https://doi.org/10.1111/jgs.15382>
- Cartoni, C., Breccia, M., Giesinger, J. M., Baldacci, E., Carmosino, I., Annechini, G., Palumbo, G., Armiento, D., Niscola, P., Tendas, A., Brunetti, G. A., Minotti, C., Marini, M. G., Reale, L., Martone, N., Martelli, M., & Efficace, F. (2021). Early Palliative Home Care versus Hospital Care for Patients with Hematologic Malignancies: A Cost-Effectiveness Study. *Journal of palliative medicine*, 24(6),

Moeda Ano	Custo HD/HC	Efeitos representados	Medidas Efetividade/ /Utilidade	Resultados
\$ dólar 2020	HD \$ 4.439,59 HC \$ 6.066,96	Menor custo por sessão de quimioterapia. - HC tem melhores resultados em saúde. - HD é segura e oferece benefícios clínicos e humanísticos. - Custos superiores na HC: custos com equipamento, administração, custos médicos, custos de transporte	Diminuição de eventos adversos nos utentes em HD. - QALYs: HD: 0,3598 HC: 0,3362 -HD reduz a procura de camas hospitalares	- HD reduz o custo de uma infusão. - HD proporcionou uma economia de 1.513,37\$ por utente. - O custo total da HD foi inferior ao da HC (\$ 4.493,59 versus \$ 6.006,96). - HD poderia atingir uma economia anual de \$ 828.436.
€ Euro 2017	HD 1.753€ HC 1.724€	- Custos saúde, - Custos sociais: despesas de viagem e tempo de cuidadores informais, e perda de produtividade do trabalho remunerado e não remunerado.	Maior satisfação dos utentes na HD 9,2 versus 8,4. (escala de 10)	- Custo dos profissionais de saúde foram três vezes maiores no ambiente domiciliar (HD 63,11 versus HC 19,52 €). - Os custos indiretos foram menores para administração domiciliar (HD 13,71 versus HC 25,29 €). - Os custos em cuidados de saúde foram maiores para administração domiciliar (HD 91,33 versus HC 47,11 €, p=0,001). - Os custos sociais foram maiores para administração hospitalar (HD 25,75 versus HC 10,37 €, p = 0,008).
€ Euro 2016	HD € 1.253,3 HC € 3.493,0	- Custos médicos diretos: taxas de medicamentos, exames de diagnóstico, transfusões de sangue, custo de profissionais de saúde. - Taxa de infeção, - Custo cuidadores formais, - Custos de alimentação, - Agentes de limpeza, - Custos de transporte, estacionamento	- Cuidados domiciliares podem ser rentáveis e reduzem o número de dias necessário para tratar infeções, - CD têm relação custo-efetividade incremental de menos 7.013,9 € por dias evitados de cuidados por infeções prevenidas.	- Em HD a média do número de transfusões semanais (1,45) foi inferior aos HC (2,77). - A maior taxa de infeções ocorreu no hospital (54%) versus em casa (21%; p < 0,001). - A HD produziu uma poupança semanal de 2.314,90 € para o prestador de serviços de saúde, com um encargo de e 85,9 € para a família, - Taxa de infeção na HC: 54% ae HD: 21% (P < 0,001). - Custo eficácia melhor na HD. - Aumento dos custos por parte dos utentes/família. - Custo HC foi maior, na relação 3:1, com HD.

- 887–893. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0396>
- Chiang, J. K., & Kao, Y. H. (2016). Impact of Home Hospice Care on Patients with Advanced Lung Cancer: A Longitudinal Population-Based Study in Taiwan. *Journal of palliative medicine*, 19(4), 380–386. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0278>
 - Closa, C., Mas, M. À., Santaegüenia, S. J., Inzitari, M., Ribera, A., & Gallofré, M. (2017). Hospital-at-home Integrated Care Program for Older Patients With Orthopedic Processes: An Efficient Alternative to Usual Hospital-Based Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(9), 780–784. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.006>
 - Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P. C., Beirão, P., & Gomes, A. (2017). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* vol.24, n.º 4, 290 -295.
 - Direção-Geral da Saúde (2018). Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Direção - Geral da Saúde, Norma n.º 020, 1-22.
 - Despacho n.º 9323-A/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n.º 191. <https://direitodamedicina.sancoeassociados.com>
 - Echevarria, C., Gray, J., Hartley, T., Steer, J., Miller, J., Simpson, A. J., Gibson, G. J., & Bourke, S. C. (2018). Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation. *Thorax*, 73(8),

- 713–722. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2017-211197>
13. Franken, M., Kanters, T., Coenen, J., de Jong, P., Jager, A., & Groot, C. U. (2020). Hospital-based or home-based administration of oncology drugs? A micro-costing study comparing healthcare and societal costs of hospital-based and home-based subcutaneous administration of trastuzumab. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 52, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.05.001>
 14. Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4>
 15. González-Ramallo, V. J., Mirón-Rubio, M., Mujal, A., Estrada, O., Forné, C., & Rivera, A. (2017). Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *International Journal of 85 Antimicrobial Agents*, 50, 114–118. Retirado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28499957/>
 16. Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da Saúde: 2018* [PDF]. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu_b_bou-i=257793024&PUBLICACOESmodo=2
 17. Kato, K., & Fukuda, H. (2017). Comparative economic evaluation of home-based and hospital-based palliative care for terminal cancer patients. *Geriatrics & gerontology international*, 17(11), 2247–2254. <https://doi.org/10.1111/ggi.12977>
 18. Kulthanachairojana, N., Chansriwong, P., Thokanit, N. S., Sirilerttrakul, S., Wannakansophon, N., & Taychakhoonavudh, S. (2021). Home-based chemotherapy for stage III colon cancer patients in Thailand: Cost-utility and budget impact analyses. *Cancer medicine*, 10(3), 1027–1033. <https://doi.org/10.1002/cam4.3690>
 19. Leong, M. Q., Lim, C. W., & Lai, Y. F. (2021). Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ open*, 11(1), e043285. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>
 20. Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Diamond, K., Licurse, A., Pu, C. T., & Schnipper, J. L. (2018). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of general internal medicine*, 33(5), 729–736.
 21. Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., Diamond, K., Pu, C. T., & Schnipper, J. L. (2020). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *Annals of internal medicine*, 172(2), 77–85. <https://doi.org/10.7326/M19-0600>
 22. Lima, A. A., Spagnuolo, R. S., & Patrício, K. P. (2013). Reverso estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicologia em Estudo*, 18 (2), 343–351. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015>
 23. Mas, M. À., Inzitari, M., Sabaté, S., Santauegènia, S. J., & Miralles, R. (2017). Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care. *Age and ageing*, 46(6), 925–931. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx099>
 24. Melo, M. I. (dezembro de 2020). Repositório Comum Comunidades & Coleções ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto ESEP - Dissertações de Mestrado. Obtido de Repositório Comum Escola Superior de Enfermagem do Porto: <http://hdl.handle.net/10400.26/35312>
 25. Minardi Mitre Cotta, R., Morales Suárez-Varela, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J. S., Real, E. R., & Dias Ricós, J. A. (2001). La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas [Home hospitalization: background, current situation, and future prospects]. *Revista panamericana de salud pública - Pan American journal of public health*, 10(1), 45–55. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000700007>
 26. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº207/2017 de 11 de julho. *Diário da República*, 1ª série, n.º 132, 3550-3708
 27. Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 9323-A de 2018, de 03 de Outubro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 191, 26900-(2) a 26900-(5).
 28. Ministério da Saúde. (2019). Despacho n.º 12333 de 2019, de 23 de Dezembro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, 76 - 77.
 29. Organização Mundial da Saúde. (1996). European health care reform – Analysis of current strategies, WHO Regional Publication European Series n.º 72. ISBN 92890 13362.
 30. Sales, A. L. (2020). Hospitalização Domiciliária | Balanço e Desafios 2020, Beja, <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/01/21/hospitalizacao-domiciliaria-balanco-e-desafios/>
 31. Tsiachristas, A., Ellis, G., Buchanan, S., Langhorne, P., Stott, D. J., & Shepperd, S. (2019). Should I stay or should I go? A retrospective propensity score-matched analysis using administrative data of hospital-at-home for older people in Scotland. *BMJ open*, 9(5), e023350.
 32. Vianello, A., Savoia, F., Pipitone, E., Nordio, B., Gallina, G., Paladini, L., ... Pegoraro, E. (2013) "Hospital at Home" for Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study. *Respiratory care*, 58 (12), 2061-2068. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23696687/>

A perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem

Uma revisão de *scoping*



BIOGRAFIA

Isaura Moura – Enfermeira de Cuidados Gerais; Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica; Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorrástica | Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; isaurapinto95@gmail.com

Ana Catarina Cabeça - Enfermeira de Cuidados Gerais; Licenciatura em Enfermagem; Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; catarina.dc@hotmail.com

Ana Margarida Gabriel - Enfermeira de Cuidados Gerais; Licenciatura em Enfermagem; Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; anamargarida16082001@gmail.com

Ana Patrícia Matias - Enfermeira de Cuidados Gerais; Licenciatura em Enfermagem; Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; patricia.afonso2000@hotmail.com

Joana Romão - Enfermeira de Cuidados Gerais; Licenciatura em Enfermagem; Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; joaninhar10@gmail.com

Maria Leonor Santos - Enfermeira de Cuidados Gerais; Licenciatura em Enfermagem; Serviço de Cirurgia Geral – Unidade Local de Saúde de Aveiro, EPE | Serviço de Cirurgia Vasculuar – Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Lisboa, Portugal; santos-leo@sapo.pt

RESUMO

Objetivo

Mapear o conhecimento sobre a perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem.

Método: Revisão *scoping*, seguindo a metodologia proposta pelo JBI. Os descritores DeCS/MeSH foram “enfermeiros”; “consentimento livre e esclari-

recido”; “enfermagem” e “cuidados de enfermagem”. As palavras-chave foram “perceção dos enfermeiros”; “consentimento informado”. A pesquisa decorreu durante janeiro de 2024, nas bases de dados EBSCO; PubMed; *Scielo*, LILACS-BVS. Procurou-se responder à questão: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem?”. Os critérios de inclusão

foram definidos de acordo com o acrónimo PCC em que a população (P), conceito (C) e contexto (C) se referem, respetivamente, aos enfermeiros, consentimento informado e enfermagem.

Resultados/Discussão: Obtivemos 1785 artigos, dos quais 9 foram incluídos para análise. Da análise resultaram as categorias: "importância"; "conhecimento do enquadramento legal"; "papel do enfermeiro na obtenção do consentimento informado relacionado com a opção terapêutica"; "consentimento informado para intervenções de enfermagem"; "tipo de consentimento informado"; "dificuldades sentidas durante o processo de obtenção". Destacamos a necessidade de desenvolvimento do conceito e da clarificação do papel do enfermeiro na obtenção do consentimento sobre a opção terapêutica, com vista à valorização da profissão.

INTRODUÇÃO

Reconhecendo os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, numa atualidade em que tanto se fala sobre liberdade individual, respeito e autonomia, urge a necessidade de refletir sobre o consentimento informado em saúde e, especificamente, em enfermagem. Sendo este um dos aspetos básicos da relação entre o enfermeiro e a pessoa que procura os seus cuidados, importa explorar um pouco mais sobre este conceito e as suas implicações.

O conceito de que, às pessoas adultas e capazes, se deveria conceder o direito de escolher ou recusar um tratamento, foi utilizado em 1914, quando o Juiz Benjamin Cardozo, defendeu o direito à autodeterminação da pessoa¹. Nos anos que se seguiram, nos Estados Unidos da América (EUA), existiram outras decisões judiciais que estabeleceram e solidificaram o princípio da autonomia em saúde, o pilar de formação do consentimento informado. Contudo, é nos últimos 50 anos que o dever de esclarecimento do médico ganha maior destaque em termos jurídicos. Em 1957, surge a expressão "informed consent", introduzida nos EUA por um Tribunal da Califórnia. As decisões jurídicas, que se multiplicaram posteriormente, explicitam progressivamente o dever de informação do médico para com a pessoa e, de forma particular, a revelação dos riscos de tratamento².

Na Europa, o consentimento informado começou

a surgir na Alemanha com a investigação aos crimes de guerra cometidos na 2ª Guerra Mundial. Em 1947, vinte e três médicos e burocratas foram acusados de diversos crimes contra a humanidade relacionados com as experiências realizadas nos campos de concentração. Os vereditos do Tribunal Militar Internacional definiram 10 regras básicas no que diz respeito às experiências com humanos conhecidas como o código de Nuremberga. Este representa assim a primeira tentativa explícita de regular a conduta ética na realização de experiências e ensaios com humanos onde é referido que é absolutamente essencial obter o consentimento voluntário da pessoa². Posteriormente, em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e, em 1964, a Declaração de Helsínquia pela Associação Médica Mundial (AMM), especialmente centrada na investigação biomédica e nos deveres dos profissionais na investigação.

Mais tarde, em 1981, foi redigida a Declaração de Lisboa sobre os direitos do doente da AMM (adotada pela 34.ª Assembleia Geral da AAM, alterada pela 47.ª Assembleia Geral da AMM, na Indonésia, em setembro de 1995, revista editorialmente na 171.ª sessão do Conselho, no Chile, em 2005, e confirmada pela 200.ª Sessão do Conselho da AMM, na Noruega, em 2015), onde é realçada a responsabilidade dos profissionais de saúde no reconhecimento e defesa dos direitos da pessoa, destacando-se, diretamente implicados no consentimento informado, o direito à informação, à autodeterminação, à escolha e à dignidade³.

Em 2005, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) aprovou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁴ (p.2) que "incorpora os princípios que enuncia nas regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais". Ao integrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida da pessoa, é reconhecida a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da bioética.

Assim, reconhecendo o papel que o enfermeiro assume na salvaguarda do respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação, no

exercício da liberdade responsável, torna-se clara a importância de refletir sobre o consentimento informado em enfermagem, definido pela Ordem dos Enfermeiros⁵ (p.1), como “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”. Ainda, segundo a Entidade Reguladora da Saúde⁶ (p.1), o Consentimento Informado pode ser definido como “a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização de exames, participação em investigação ou ensaio clínico” e pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida, acrescentando ainda que “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma”. Um consentimento devidamente informado permite uma tomada de decisão partilhada e é preponderante na segurança e qualidade da prestação de cuidados, centrados na pessoa⁷ ao proporcionar-lhe uma maior confiança para que esta possa tomar decisões sobre o seu processo de saúde⁸.

O profissional de saúde deve, assim, garantir que o consentimento é, de facto, informado e esclarecido, sendo, por esta razão, necessário explicar o objetivo e a natureza da intervenção a que a pessoa irá ser submetida, bem como as suas consequências e riscos. Devem também ser apresentadas as alternativas disponíveis e garantir que a pessoa compreende o que lhe é exposto⁶, ressaltando-se um contexto em que a informação deve ser omitida do alvo dos cuidados, que se prende com situações em que as informações possam causar graves danos à saúde ou à vida da pessoa⁹. Os indivíduos têm também direito à renúncia à informação.

O consentimento pode ser expresso por “qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida” conforme definido no art. 38º do Decreto-Lei no48/95, de 15 de março, p.40¹⁰, podendo ser oral ou escrito e “pode ser livremente revogado até à execução do facto”. No entanto,

para certas intervenções médicas a lei obriga a um consentimento escrito⁹.

O Consentimento Informado em Enfermagem está muitas vezes associado apenas a intervenções major e/ou que ponham em risco a vida, no entanto, muitas das intervenções de enfermagem podem ameaçar a autonomia da pessoa e assumir relevância moral significativa¹¹. A aplicação do consentimento informado à prática de enfermagem é evidenciada no art. 105º do Código Deontológico dos Enfermeiros¹², onde é afirmado que o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa relativamente aos seus cuidados assim como “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (p.8). Deve também corresponder aos pedidos de informação ou esclarecimento realizados pela pessoa.

Tendo em conta a importância do enfermeiro no processo de consentimento informado, muitas vezes subvalorizada, surge o presente estudo, com o objetivo de mapear o conhecimento sobre a perceção dos enfermeiros acerca do consentimento informado em enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo consiste numa revisão de *scoping*, segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*¹³. A questão de revisão delineada foi: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem?” e surge com o objetivo de mapear e avaliar a extensão da literatura sobre a perceção dos enfermeiros sobre o consentimento informado em enfermagem. Os critérios de seleção e de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto), em que a população (P) se refere aos enfermeiros; o conceito (C) ao consentimento informado e o contexto (C) à enfermagem. Como outros critérios de inclusão definimos: qualquer tipo de estudo em inglês, português e castelhano publicado nos últimos 10 anos, realizado com pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão definimos: estudos sobre consentimento informado para a realização de trabalhos de investigação.

Como descritores Decs (Descritores em Ciências da Saúde) / Mesh (*Medical Subject Headings*) foram utilizados os seguintes: enfermeiros (*nurses*); consentimento livre e esclarecido (*informed con-*

sent); enfermagem (*nursing*); cuidados de enfermagem (*nursing care*).

Como palavras-chave foram utilizadas as seguintes: percepção dos enfermeiros (*nurse's perception*); consentimento informado (*informed consent*).

A pesquisa foi realizada durante o mês de janeiro de 2024 nas bases de dados incluídas na Plataforma EBSCO Host (*CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers*); Scielo, LILACS-B-VS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed – *National Library of Medicine*.

RESULTADOS

A estratégia de pesquisa incluiu estudos publicados e não publicados, e foi constituída por três passos. Inicialmente foi realizada uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL via EBSCO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos indexados utilizados para descrever o artigo. Posteriormente, foi realizada uma segunda pesquisa, utilizando todas as palavras-chave e termos indexados identificados, em todas as bases de dados incluídas (Quadro I). Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos identificados, de forma a identificar estudos adicionais.

Da pesquisa supracitada resultaram 1785 artigos, após exclusão dos duplicados. Pela leitura do título foram excluídos 1715 artigos e pela leitura do resumo foram excluídos 19 artigos, ficando 51 para leitura do texto integral. Após a mesma, com base nos critérios de seleção previamente definidos foram excluídos 42 artigos, tendo sido selecionados 9 artigos para análise. Os resultados do processo de seleção dos artigos são apresentados num diagrama de fluxo PRISMA - Figura 1.

Podemos perceber que a temática abordada suscita interesse um pouco por todo o mundo (3 estudos foram desenvolvidos na Europa, 3 estudos na Ásia, 2 na América e 1 em África). Verifica-se também que este é um tema bastante atual, já

que apenas um estudo foi publicado em 2014 e os restantes foram publicados entre 2017 e 2023.

Com base nos resultados encontrados, tendo em conta a questão de revisão e, de forma a uma melhor análise dos mesmos, optámos por agrupar a percepção dos enfermeiros acerca do consentimento informado em enfermagem em sete categorias, nomeadamente "importância do consentimento informado"; "conhecimento do enquadramento legal do consentimento informado"; "papel do enfermeiro na obtenção do consentimento informado relacionado com a opção terapêutica para a pessoa"; "consentimento informado para as intervenções de enfermagem", "tipo de consentimento informado a obter (verbal ou escrito)" e "dificuldades sentidas durante o processo de obtenção de consentimento informado".

Os resultados da presente revisão de *scoping* com as respostas de cada estudo à questão de revisão são apresentados no quadro II.

DISCUSSÃO

No âmbito da importância do consentimento informado, verificamos que em todos os estudos apresentados, é reconhecida a importância da sua obtenção^{14 15 16 17 18 19 20 21 22}. De acordo com dois dos estudos apresentados^{18 16}, a maioria dos enfermeiros que constam da amostra dos estudos acreditam que a segurança da pessoa tem relação direta com a obtenção do consentimento informado e com a compreensão do seu processo. O estudo de Cabrera-Rodríguez et al.¹⁸ refere ainda que os enfermeiros concordam que o consentimento informado melhora a qualidade dos cuidados, a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados, a confiança da pessoa no profissional e não constitui um fator dificultador à prestação de cuidados. Por outro lado, o estudo desenvolvido por Bautista-Espinel et al.¹⁷ refere que a importância atribuída pelos enfermeiros ao consentimento informado está voltada, frequentemente, para os seus aspetos jurídicos, administrativos e instrumentais e existem ainda dois estudos^{14 19} que referem que os profissionais sentem que o consentimento é obtido apenas para fornecer proteção aos profissionais de saúde.

Relativamente ao conhecimento do enquadramento legal do consentimento informado, segundo Cabrera-Rodríguez et al.¹⁸, no que toca à

regulamentação legislativa sobre o consentimento informado e o direito à informação, 93,9% dos enfermeiros afirmaram ter conhecimento da sua existência. Porém, quando questionados sobre a norma jurídica em questão, apenas 16,8% citaram corretamente a lei. Ainda, no estudo de Ezeruigbo et al.¹⁹, a maioria sabia que havia legislação que rege o processo de obtenção de consentimento informado para o tratamento e relataram conhecer explicitamente as orientações da sua instituição sobre a obtenção do consentimento informado. Ainda, uma elevada percentagem dos profissionais tinha conhecimento das consequências da não obtenção do consentimento informado, assim como identificou que capacidade/competência, plena divulgação de informações e natureza voluntária da decisão constituem os três elementos principais do consentimento legalmente válido.

Acerca do papel do enfermeiro na obtenção do consentimento sobre a opção terapêutica para a pessoa, de acordo com o estudo de Susilo et al.²², os enfermeiros consideram ser do seu domínio profissional garantir que a pessoa tenha tomado uma decisão informada. O estudo de Axson et al.¹⁶, refere que metade dos enfermeiros que constituem a amostra do estudo não concordam que os enfermeiros têm um papel definido no processo de consentimento informado e que entender se e como é que o consentimento informado se enquadra na responsabilidade do enfermeiro é importante, pois os enfermeiros participam direta e indiretamente no consentimento informado em todo o processo da prestação de cuidados. Ainda, outro dos estudos apresentado¹⁴, refere que mais de metade dos enfermeiros acreditavam que não tinham nenhuma responsabilidade em garantir que o consentimento informado era obtido pelo que, não atuavam quando o mesmo não era obtido.

No âmbito do consentimento informado para as intervenções de enfermagem, alguns estudos^{14 15} especificam a necessidade de fornecer informação à pessoa sobre as intervenções de enfermagem, referindo, no entanto, uma elevada percentagem de profissionais que consideram que não é necessário obter o seu consentimento¹⁴. Neste estudo, verificou-se também que 90,2% dos enfermeiros informam a pessoa antes de fornecer

intervenções de enfermagem, mas apenas 32,6% dos enfermeiros obtêm o consentimento da pessoa. Aveyard et al.¹⁵ conclui que a informação fornecida à pessoa, previamente aos cuidados de enfermagem é preponderante e deve ser parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem, mas é muitas vezes negligenciada. No estudo de Strini et al.²¹, foi comprovado de forma estatisticamente significativa, que os enfermeiros na sua prática diária informam e requerem consentimento da pessoa antes de realizarem procedimentos de enfermagem invasivos. Sobre a necessidade de divulgar informações completas como um elemento fundamental do consentimento informado, o estudo desenvolvido por Ezeruigbo et al.¹⁹ demonstra que a maioria dos enfermeiros acredita que devem ser fornecidas apenas as informações necessárias à pessoa. Moeini et al.²⁰ refere que apenas 12,6% dos enfermeiros afirmaram que as pessoas receberam informações suficientes para garantir o consentimento. A maioria dos enfermeiros referiu repetir as informações fornecidas como forma de garantir que as informações sobre o consentimento informado foram corretamente compreendidas.

Relativamente ao tipo de consentimento informado a obter (verbal ou escrito), o estudo desenvolvido por Akyüz et al.¹⁴ refere que, entre os enfermeiros que consideram que deveriam ter o consentimento da pessoa, a maioria é da opinião que o consentimento da pessoa deveria ser verbal. Também o estudo de Cabrera-Rodríguez et al.¹⁸ indica que uma elevada percentagem dos profissionais, obtêm o consentimento informado de forma verbal. Por outro lado, no estudo de Bautista-Espinel et al.¹⁷ alguns profissionais reconheceram que o consentimento informado tem uma manifestação através de uma expressão escrita, que pode ser incorporada na prestação de cuidados em enfermagem.

Acerca das dificuldades sentidas no processo de obtenção do consentimento informado, segundo Akyüz et al.¹⁴, a maioria dos enfermeiros referiu dificuldades durante o processo de informar a pessoa e identificou fatores relacionados com a pessoa (problemas de comunicação, escolaridade e diferenças culturais). Strini et al.²¹, conclui que existe a necessidade de intervenções para reduzir as causas para as dificuldades sentidas pelos en-

fermeiros na transmissão de informação à pessoa na obtenção do consentimento informado.

Com a presente revisão, podemos também aferir acerca da necessidade da constante busca pela melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo o uso do consentimento informado ser encorajado na prestação de cuidados de enfermagem, destacando os aspetos éticos, assim como a necessidade de reforçar a importância de fornecer informação sobre os riscos, benefícios e alternativas à pessoa¹⁷. Relativamente aos aspetos éticos, Moeini et al.²⁰ acrescenta que construção de um quadro ético pode orientar a equipa de enfermagem ao lidar com os desafios envolvidos na obtenção do consentimento informado.

Apesar do elevado número inicial de publicações identificadas, a seleção final revelou um número reduzido de estudos diretamente focados na perceção dos enfermeiros, o que evidencia a necessidade de maior produção científica nesta área. Destaca-se, ainda, a ausência de investigações desenvolvidas em Portugal, reforçando a importância de futuros estudos que explorem a realidade nacional.

Como limitação desta revisão, importa referir que muitos artigos abordavam o consentimento informado em termos genéricos, sem analisar especificamente a perceção dos enfermeiros, o que restringiu a profundidade da análise.

Reconhece-se, então, que é essencial que o enfermeiro desenvolva uma prática baseada na evidência científica e que, apesar de ser reconhecida a importância do consentimento informado, é necessário o desenvolvimento desta área no que toca às intervenções de enfermagem, com vista à sua valorização. Destacamos também a necessidade de clarificação do papel do enfermeiro na obtenção do consentimento sobre a opção terapêutica para a pessoa, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Com esta revisão concluímos que o consentimento informado em enfermagem surge como uma área central e diferenciadora do exercício profissional, na medida em que promove a autonomia e independência da pessoa na gestão do

seu processo de saúde, valorizando-a, dando ênfase à sua individualidade, com vista a obtenção de mais ganhos em saúde.

A análise dos estudos selecionados permitiu agrupar a perceção dos enfermeiros em sete categorias principais: "importância do consentimento informado"; "conhecimento do enquadramento legal"; "papel do enfermeiro na obtenção do consentimento informado relacionado com a opção terapêutica para a pessoa"; "consentimento informado para as intervenções de enfermagem", "tipo de consentimento informado a obter (verbal ou escrito)" e "dificuldades sentidas durante o processo de obtenção de consentimento informado". De forma geral, os resultados evidenciam que, embora os enfermeiros reconheçam a relevância do consentimento informado, persistem lacunas na sua clarificação legal, na definição do papel profissional e na prática quotidiana, sobretudo no que diz respeito à obtenção de consentimento para intervenções específicas de enfermagem.

Em síntese, esta revisão evidencia a necessidade de clarificar e reforçar o papel do enfermeiro no processo de consentimento informado, bem como de promover práticas baseadas na evidência que sustentem a autonomia da pessoa e consolidem a enfermagem enquanto ciência e profissão.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2020). Modelo Dowie, I. (2021). Understanding the legal considerations of consent in nursing practice. *Nursing Standard*, 36(12), 29–34. <https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11828>
2. Bazzano, L. A., Durant, J., & Brantley, P. R. (2021). A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information. *Ochsner Journal*, 21(1), 81–85. <https://doi.org/10.31486/toj.19.0105>
3. Associação Médica Mundial. (2015). *Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Doente da Associação Médica Mundial*. 200ª Sessão Do Conselho Da AMM.
4. Comissão Nacional da UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
5. Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem- Enunciado de Posição*. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
6. Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *ERS - Consentimento Informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/>

faq/consentimento-informado/

- Negash, W., Assefa, N., Baraki, N., & Wilfong, T. (2021). Practice and Factors Associated with Informed Consenting Process for Major Surgical Procedures Among Health-Care Workers, South Eastern Ethiopia. *International Journal of General Medicine, Volume 14*, 7807–7817. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S338243>
- Paudel, B., & Shrestha, G. K. (2016). Perception on Informed Consent Regarding Nursing Care Practices in a Tertiary Care Center. *Kathmandu University Medical Journal (KUMJ)*, 14(56), 328–331. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29336420>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado - Relatório Final*. <https://www.ers.pt/media/4dofhdvj/file-18.pdf>
- Decreto-Lei no48/95, de 15 de março. (1995). Código Penal. *Diário Da República no 63/1995, Série I-A de 1995-03-15*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Nasrabadi, A. N., & Shali, M. (2017). Informed Consent: A Complex Process in Iran's Nursing Practice. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 23(3), 223. <https://doi.org/10.1111/jkana.201723.3.223>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República no 181/2015, Série I de 2015-09-16*, 8059–8105.
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). *Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Akyüz, E., Bulut, H., & Karadağ, M. (2019). Surgical nurses' knowledge and practices about informed consent. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2172–2184. <https://doi.org/10.1177/0969733018810767>
- Aveyard, H., Kolawole, A., Gurung, P., Cridland, E., & Kozłowska, O. (2022). Informed consent prior to nursing care: Nurses' use of information. *Nursing Ethics*, 29(5), 1244–1252. <https://doi.org/10.1177/09697330221095148>
- Axson, S. A., Giordano, N. A., Hermann, R. M., & Ulrich, C. M. (2019). Evaluating nurse understanding and participation in the informed consent process. *Nursing Ethics*, 26(4), 1050–1061. <https://doi.org/10.1177/0969733017740175>
- Bautista Espinel, G. O., Ardila Rincón, N. A., Castellanos Peñaloza, J. C., & Gene Parada, Y. (2017). Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería. *Universidad y Salud*, 19(2), 186. <https://doi.org/10.22267/rus.171902.81>
- Cabrera-Rodríguez, A., Rico-Blázquez, M., Sanz-Álvarez, E. J., & Schmidt-RioValle, J. (2023). Conocimiento, implementación y opinión acerca del consentimiento informado por escrito de las enfermeras de atención primaria: proyecto piloto CONOSER. *Atención Primaria*, 55(2), 102525. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102525>
- Ezeruigbo, C. S. F., Osuchuchu, E., Elom, M. O., Vincent, C., Ubochi, N., & Iheanacho, P. (2022). Obtaining informed consent: psychiatric nurses' knowledge and practice at federal neuropsychiatric hospital Enugu, Nigeria. *Acta Bioethica*, 28(1), 125–136. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100125>
- Moieni, S., Shahriari, M., & Shamali, M. (2020). Ethical challenges of obtaining informed consent from surgical patients. *Nursing Ethics*, 27(2), 527–536. <https://doi.org/10.1177/0969733019857781>
- Strini, V., Schiavolin, R., & Prendin, A. (2021). The Role of the Nurse in Informed Consent to Treatments: An Observational-Descriptive Study in the Padua Hospital. *Clinics and Practice*, 11(3), 472–483. <https://doi.org/10.3390/clinpract11030063>
- Susilo, A. P., Dalen, J. van, Chenault, M. N., & Scherpbier, A. (2014). Informed consent and nurses' roles. *Nursing Ethics*, 21(6), 684–694. <https://doi.org/10.1177/0969733014531524>

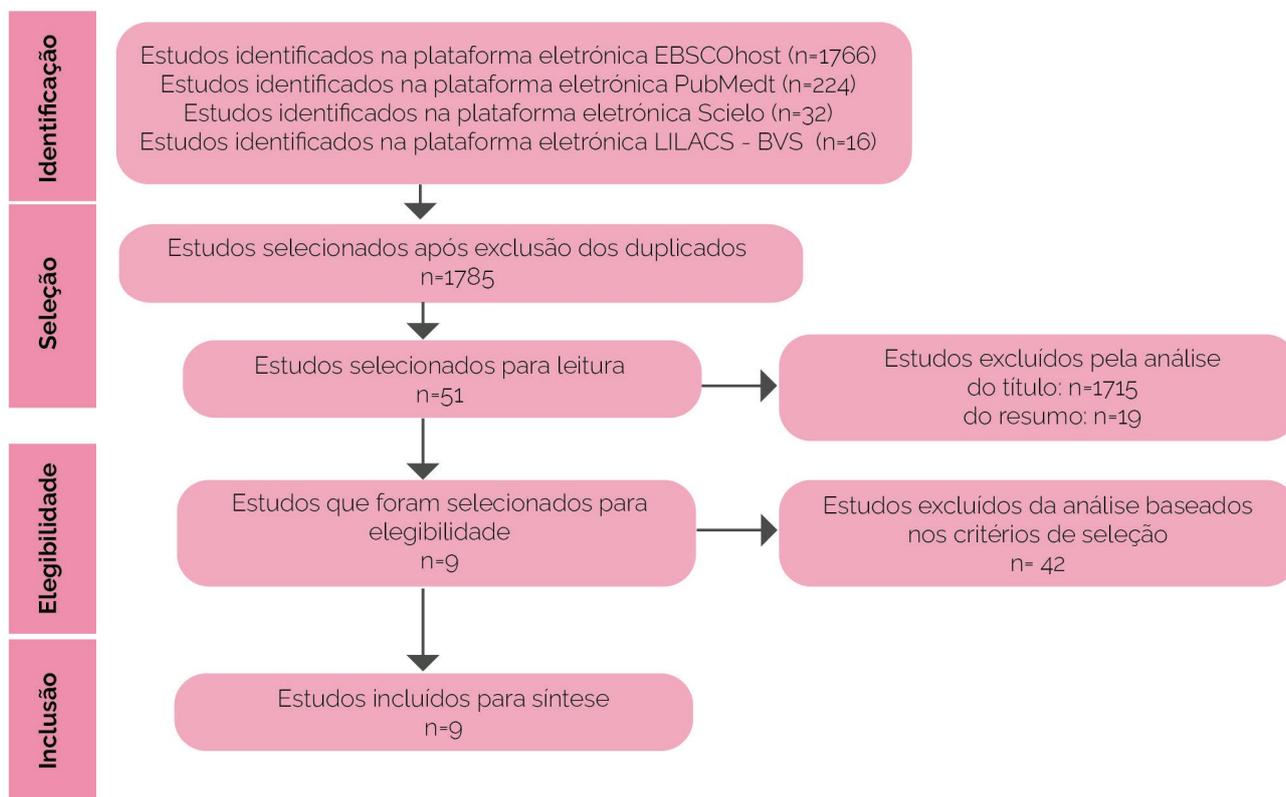


Figura 1 – Diagrama PRISMA

Quadro I: Estratégia de pesquisa

Base de Dados	Equação de Pesquisa	Resultados
Plataforma EBSCO Host	<i>"nurses OR nurse's perception AND informed consent AND nursing OR nursing care"</i>	1766 artigos, dos quais 246 duplicados
PubMed - National Library of Medicine	<i>"nurse's perception AND informed consent AND nursing care"</i>	224 artigos, dos quais 5 duplicados
SciELO	<i>"nurse's perception OR nurses AND informed consent"</i>	32 artigos, sem duplicados
LILACS – BVS	<i>"nurse's perception OR nurse AND informed consent"</i>	16 resultados, dos quais 2 duplicados

Quadro II: Resultados da revisão de *scoping*

Autor e ano de publicação / País	Objetivo do estudo	Metodologia / Amostra	Resultados
(Akyüz et al., 2019), Turquia	Determinar o conhecimento dos enfermeiro e práticas relativas às suas funções e responsabilidades no consentimento informado na Turquia.	Estudo quantitativo e descritivo. A pesquisa foi realizada realizado em Ancara (Turquia), com 92 enfermeiros a exercer funções em hospitais universitários, em diferentes especialidades cirúrgicas, onde o alvo dos cuidados são pessoas adultas. Os dados foram obtidos através do preenchimento de um formulário. Os dados foram avaliados pelo software de análise de dados SPSS 12.0.	Entre os enfermeiros que participaram neste estudo, 39,1% indicaram que eram responsáveis por obter consentimento informado. Relativamente ao consentimento informado relativo às intervenções de enfermagem, verificou-se que 98,9% dos enfermeiros acreditam que a pessoa deveria ser informada antes das intervenções de enfermagem e 47,8% dos enfermeiros achavam que não é necessário obter o consentimento. Entre os enfermeiros que achavam que deveriam ter o consentimento da pessoa, 87,2% era da opinião que o consentimento da pessoa deveria seja verbal. Verificou-se também que 90,2% dos enfermeiros informaram a pessoa antes de fornecer intervenções de enfermagem e 32,6% dos enfermeiros obtiveram o consentimento da pessoa. 90,0% dos enfermeiros que indicaram que obtêm o consentimento da pessoa, apenas obtêm o consentimento verbal. Segundo o estudo, 68,5% dos enfermeiros identificaram dificuldades durante o processo de informar a pessoa, 50,8% dos enfermeiros que afirmaram ter dificuldades, identificaram fatores relacionados com a pessoa (problemas de comunicação, escolaridade e diferenças culturais). Constatou-se também que 71,7% dos enfermeiros verificaram se o consentimento informado foi obtido e 54,5% destes enfermeiros afirmaram ter detetado incidentes quando o consentimento informado não foi obtido. Ainda, 53,0% dos enfermeiros acreditavam que não tinham nenhuma responsabilidade em garantir que o consentimento informado era obtido pelo que, não atuavam quando o mesmo não era obtido. Entre todos os enfermeiros, 21,7% concordaram que o consentimento informado precisa ser obtido para proteger legalmente a equipa de saúde.

Autor e ano de publicação / País	Objetivo do estudo	Metodologia / Amostra	Resultados
(Aveyard et al., 2022), Reino Unido	Compreender como é que os enfermeiros obtêm o consentimento informado da pessoa alvo dos cuidados previamente à sua prestação.	Estudo qualitativo, com 17 enfermeiros a realizar cursos de pós-graduação, numa universidade do Reino Unido, com pelo menos um ano de experiência, dispostos a discutir incidentes da sua prática com um estudante a trabalhar na área da investigação. Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas, que tinham como base a discussão desses incidentes.	Da análise dos dados constatou-se que um dos temas principais se prendia com a forma como a informação era transmitida pelos enfermeiros ao recetor dos seus cuidados. Concluiu-se que a informação do doente, previamente aos cuidados de enfermagem é preponderante e que os enfermeiros o fazem de forma rotineira no seu cuidado, mesmo quando a pessoa não é capaz de se expressar. Segundo alguns dos participantes, o fornecimento de informação é parte integrante dos cuidados de enfermagem, de forma a garantir que a pessoa sabe o que esperar dos cuidados que lhe são prestados, mas é muitas vezes negligenciado. Constatou-se ainda que o objetivo da transmissão da informação nem sempre é claro: se por um lado pode visar a obtenção de consentimento da pessoa, por outro pode ser meramente informativo.
(Axson et al., 2019), Estados Unidos da América	Analisar as experiências e compreensões dos enfermeiros hospitalares sobre o processo de consentimento informado.	Estudo exploratório, qualitativo e descritivo, com 20 enfermeiros a exercer em diferentes contextos (cuidados intensivos, oncologia, médico-cirúrgica) de um centro académico dos Estados Unidos. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e questionário demográfico.	A maioria dos participantes (N = 19) acredita que a segurança da pessoa está diretamente ligada à compreensão do processo de consentimento informado. Contudo, quando questionados se os enfermeiros têm um papel definido no processo de consentimento informado, quase metade não concordou (N = 9). Neste estudo, os enfermeiros muitas vezes consideraram o seu papel no processo de consentimento informado de natureza administrativo, sendo por vezes, um item da lista de verificação, algo que só precisa ser assinado ou colocado no processo clínico, reconhecendo a resultante falta de um papel mais ativo dos enfermeiros. Estes associaram a sua participação no consentimento informado como uma necessidade para melhor compreender e cuidar da pessoa. Entender se e como o consentimento informado se enquadra na responsabilidade do enfermeiro é importante, pois os enfermeiros participam direta e indiretamente no consentimento informado ao cuidar da pessoa em todos os momentos do seu dia de trabalho.
(Bautista-Espinel et al., 2017), Colômbia	Identificar o conhecimento e a importância que os profissionais de enfermagem têm sobre o consentimento informado, aplicado à prestação de cuidados, baseado na teoria dos padrões de conhecimento.	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com uma amostra de 221 enfermeiros a exercer funções em duas empresas sociais estatais de baixa complexidade, um hospital universitário de alta complexidade e três clínicas de alta complexidade na cidade de Cúcuta (Colômbia). Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário em escala Likert. Para a análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva, análise fatorial e inferencial.	Dos dados obtidos, foi possível perceber que os enfermeiros apresentavam pouco conhecimento sobre o uso do consentimento informado. A importância atribuída pelos enfermeiros ao consentimento informado está voltada para os seus aspetos jurídicos, administrativos e instrumentais. O padrão ético na obtenção do consentimento informado relacionado com conceitos de valor, dever, obrigação ética de ser e fazer, estão em níveis baixos de ponderação, já que o discurso utilizado para obter o consentimento informado carece de elementos fundamentais. Alguns profissionais reconheceram que o consentimento informado tem uma manifestação através de uma expressão escrita, que pode ser incorporada na prestação de cuidados em enfermagem e que para que o processo seja implementado, é necessária uma disposição que permita a abertura para o outro.

Autor e ano de publicação / País	Objetivo do estudo	Metodologia / Amostra	Resultados
(Cabrera-Rodriguez et al., 2023), Espanha	Estudar o conhecimento, implementação e opinião sobre o consentimento informado de enfermeiros na área de cuidados de saúde primários.	Estudo observacional, transversal e descritivo, com uma amostra de 114 enfermeiros a exercer a profissão na área de cuidados de saúde primários em Madrid (Espanha). Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário 'ad hoc' autoaplicável on-line.	Da análise dos dados, 48,2% indicaram que o consentimento informado foi recolhido verbalmente. Relativamente à regulamentação legislativa sobre o consentimento informado e o direito à informação, 93,9% dos enfermeiros afirmaram ter conhecimento da sua existência. Porém, quando questionados sobre a norma jurídica em questão, apenas 16,8% citaram corretamente a lei. Destaca-se que 85,1% dos enfermeiros explicaram à pessoa no que consiste o consentimento informado. Do total de participantes, 72,8% consideraram o consentimento informado um procedimento necessário na prática assistencial. Além disso, declararam concordar totalmente que o consentimento informado melhora a qualidade dos cuidados (65,8%), a segurança da pessoa (70,2%), a satisfação da mesma (55,3%), a confiança da pessoa no profissional (45,6%) e não constitui um fator dificultador o trabalho assistencial (52,6%).
(Ezeruigbo et al., 2022), Nigéria	Avaliar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros na área da psiquiatria na obtenção do consentimento informado.	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com uma amostra aleatória de 99 enfermeiros selecionados de um total de 131 enfermeiros a exercer funções em diferentes serviços de um hospital psiquiátrico na Nigéria. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário estruturado construído pelos investigadores. Os dados foram analisados através de estatística descritiva.	Dos dados obtidos, a esmagadora maioria dos participantes (63% - 92%) afirmaram ter conhecimento do consentimento informado e 74% sabia que havia legislação que rege o processo de obtenção de consentimento informado para o tratamento. Destes, 77,1% relataram conhecer explicitamente as orientações da sua instituição sobre a obtenção do consentimento informado. 94,8% dos participantes tinha conhecimento das consequências da não obtenção do consentimento informado. 83,2% identificou que capacidade/competência, plena divulgação de informações e natureza voluntária de a decisão constituem os três elementos principais do consentimento legalmente válido. Contudo, sobre a necessidade de divulgar informações completas como um elemento fundamental do consentimento informado, 71,9% acreditava que devem ser fornecidas apenas as informações necessárias à pessoa. Ainda, 52,1% dos profissionais sentiram que o consentimento é obtido apenas para fornecer proteção aos profissionais de saúde.
(Moeini et al., 2020), Irão	Determinar os desafios éticos na obtenção do consentimento informado em doentes cirúrgicos.	Estudo transversal e descritivo. A amostra é constituída por 95 enfermeiros e 203 doentes cirúrgicos em serviços de três hospitais universitários em Isfahan (Irão). Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário realizado por dois investigadores e uma lista de verificação para a recolha de dados. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, correlação de Spearman, coeficiente de correlação de Pearson e teste T.	Dos dados obtidos, 12,6% dos enfermeiros afirmaram que as pessoas receberam informações suficientes para garantir consentimento. A maioria dos enfermeiros (69,5%) relatou que a noite anterior à cirurgia era o momento certo para se obter o consentimento informado. Enquanto 37,9% apontaram o dia da admissão como o momento certo. Ainda, 32,6% referiram o momento imediatamente anterior à cirurgia como o certo para obter consentimento informado. A maioria dos enfermeiros (92,6%) considerou receber feedback da pessoa e 87,4% repetiram as informações fornecidas à pessoa como forma de garantir que as informações sobre o consentimento informado foram corretamente compreendidas. 88,4% dos enfermeiros afirmaram que os métodos alternativos de tratamento disponíveis também devem ser explicados à pessoa. Apenas 12,6% dos enfermeiros afirmaram que as informações prestadas à pessoa foram satisfatórias.

Autor e ano de publicação / País	Objetivo do estudo	Metodologia / Amostra	Resultados
(Strini et al., 2021), Itália	Avaliar a percepção dos enfermeiros acerca do seu papel no processo de obtenção do consentimento informado.	Estudo observacional descritivo prospetivo. A amostra é constituída por 206 enfermeiros em 13 serviços diferentes do Hospital de Pádua (Itália). Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário.	<p>Dos dados obtidos, verificou-se que os enfermeiros com menos experiência profissional acreditam ter a formação adequada para informar a pessoa, em comparação enfermeiros com mais tempo de experiência profissional. Existiram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas nos diversos serviços em algumas questões. Na questão que investiga com que frequência o enfermeiro fornece informações à pessoa sobre o plano de cuidados de enfermagem, constatou-se que no serviço de cirurgia geral, os enfermeiros responderam significativamente com valores inferiores em comparação com os enfermeiros do serviço de hematologia e neurocirurgia. Em comparação com o serviço de neurocirurgia, os enfermeiros dos serviços de neurologia e de urologia também deram respostas tendendo aos valores mínimos da escala.</p> <p>Foi comprovado de forma estatisticamente significativa, que os enfermeiros na sua prática diária informam e requerem consentimento da pessoa antes de realizarem procedimentos de enfermagem invasivos. Conclui-se que existe a necessidade de intervenções para reduzir as causas para as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão de informação à pessoa na obtenção do consentimento informado.</p>
(Susilo et al., 2014), Indonésia	Investigar as perspectivas de médicos e enfermeiros sobre o processo do consentimento informado e o papel dos enfermeiros neste processo, verificar as diferenças entre a prática ideal e a prática real e se estas realidades são diferentes em diversos hospitais.	Estudo exploratório, quantitativo e descritivo correlacional. Foram questionados 129 médicos e 616 enfermeiros de 2 hospitais na Indonésia. Foi aplicado um questionário e os dados foram analisados utilizando testes não parametrizados para comparar enfermeiros e médicos e os diferentes hospitais, analisando 3 fatores estruturais nomeadamente "enfermeiros e o seu papel", "barreiras no consentimento informado" e "informação adequada".	Conclui-se que os enfermeiros e médicos diferem significativamente nos 3 fatores. Existe uma grande disparidade de resultados entre a prática ideal e a prática real no que diz respeito ao papel dos enfermeiros. Os enfermeiros consideram ser do seu domínio profissional garantir que a pessoa tenha tomado uma decisão informada, mas sentem-se desafiados por uma relação hierárquica com os médicos no desempenho deste papel. Por outro lado, os médicos defendem a melhoria da sua colaboração com enfermeiros, especialmente se o envolvimento dos enfermeiros for útil para o médico.



Os Enfermeiros merecem esta associação.

O desafio é lutar por ela, fazê-la crescer.



Enf. Filomena Leal | Ex-Presidente ACE

No seu percurso de 20 anos como Presidente da ACE o que gostaria de realçar?

O crescimento da própria associação não só em número de associados, mas também na evolução técnico científica das atividades que realizámos, o surgir do website e a publicação digital da revista *Enformação* e todos os apoios à formação/investigação proporcionados aos associados.

Não nos podemos esquecer que esta associação nasce a 6 de outubro de 2000 no Hospital de São José e os primeiros corpos sociais tomam posse em maio de 2001. Por esse motivo denominava-se Associação Científica dos Enfermeiros do Hospital de São José. Da reorganização hospitalar ocorrida em 2004 e em 2007 resultou uma alteração estatutária passando a ter a atual designação de Associação Científica dos Enfermeiros (ACE).

Neste momento somos Unidade Local de Saúde de São José.

Todas estas modificações foram desafios permanentes para mim como Presidente.

Com a minha entrega pessoal e com o trabalho desenvolvido pelos diferentes órgãos sociais e associados foi possível demonstrar que esta associação sem fins lucrativos, cujo objeto é a formação, têm um papel ativo e diferenciador na divulgação do que é a Enfermagem na ULS e é um cartão de visita da própria instituição.

Realço que sempre houve uma articulação estreita com os vários Conselhos de Administração e com os outros grupos profissionais, escolas superiores de enfermagem e outras associações.

Enquanto presidente a minha jornada nesta associação vem de encontro à sigla ACE – Acreditar, Comunicar e Evidenciar.

Foi fácil? Não, mas muito compensador. Percurso que me permitiu conhecer profissionais extraordinários muito diferenciados a nível intelectual e científico.

Vivenciar experiências únicas com os diferentes elementos dos órgãos sociais.

Adaptar-me às novas tecnologias.

Dignificar a profissão que escolhi, sempre.

Quais foram os principais desafios que enfrentou?

Como já referi todas as alterações estatutárias com a agregação de novos hospitais foram um desafio; implicaram a mobilização de todos os elementos dos corpos sociais para a divulgação da associação e angariação de novos associados. Tive sempre a preocupação de ir pessoalmente aos diferentes hospitais/serviços, mas, por vezes não foi possível atingir esse objetivo como gostaria; foi colmatado com a divulgação das atividades pelo website da ACE e na informação enviada por email aos associados e através do gabinete de comunicação da ULS e igualmente pela colaboração dos diferentes elementos dos corpos sociais.

Gestão do tempo foi sempre um desafio.

Não fui só Presidente da ACE! Desde 2001, enfermeira gestora, coordenadora da Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (durante sete anos), da Área de Neurociências desde outubro de 2007 e representante da direção de enfermagem no Centro de Ensino e Investigação. Múltiplas atividades às quais tive de dar resposta de forma célere que me exigiram um elevado ritmo de trabalho. A minha consciência diz-me que apesar de alguns percalços fui atingindo os objetivos a que me propus, nunca sozinha, com os meus pares. Por vezes, pensava: e a associação? Costumava dizer aos alunos que fizeram comigo estágio de observação de gestão, o seguinte: Planeiem as vossas atividades por ordem de prioridade, na véspera, e vão pondo um visto, conforme as conseguem concretizar. Querem rir? A maioria da vezes não conseguia mas, na minha mente ficava a preocupação e no dia seguinte voltava atrás..... e prosseguia.

Tomei muito cedo uma decisão, após o meu dia de Enfermeira Gestora ia à lista de prioridades da Presidente da ACE e concentrava-me em pelo menos duas horas para pensar em novos projetos, marcar reuniões com o Conselho Diretivo e restantes conselhos, com a empresa de marketing, ver o email, estabelecer ligação com os associados.

Sou humana e ao longo dos anos muitas vezes

não consegui atuar desta forma.

O trabalho naquela semana acumulava...então, não eram duas horas.....

O trabalho associativo é em geral extralaboral e com as dificuldades com que nos deparamos com o deficit de recursos humanos tive sempre uma postura facilitadora, mas de certa forma exigente para com os membros dos corpos sociais. Alguns queriam desistir porque consideravam que não estavam a ser colaborativos, mas sempre lhes fiz ver que a opinião deles era muito importante e conseguíamos ultrapassar obstáculos. Após uma conversa influenciava-os a serem mentores e as ideias surgiam, como por exemplo, para a organização das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, webinars, congressos, entre outras atividades. Influenciar e liderar a mudança, é sempre um desafio.

Estar motivada, outro desafio! Sempre estive. E modéstia à parte, considero que foi a chave para prosseguirmos com os nossos objetivos. Apesar de tomar posse em eleições no triénio 2004-2006 já exercia essas funções desde 2002, com a saída da presidente Enf.^a Maria José Falé. Nunca desisti mesmo em alturas mais "turbulentas". E comigo, tive sempre os associados e os elementos dos corpos sociais. Já fui contactada por colegas de outras instituições para as ajudar a iniciar o processo legal de constituição de uma associação com fins idênticos à ACE mas penso que ainda somos únicos nas ULS e em outras entidades do SNS.

Inovar sempre, outro desafio! Na minha memória, no início da atividade da ACE a organização, por exemplo, dos congressos, a divulgação e logística dos mesmos, era tudo realizado por nós. Com o incremento das diferentes atividades foi necessário recorrer a uma empresa de marketing/publicidade e criatividade que nos têm acompanhado ao longo dos anos e à qual eu agradeço pela ajuda preciosa. Estamos na era digital e a ACE teve que acompanhar esse processo. Ao princípio receei as publicações no Facebook e no Instagram mas devidamente controlado é um excelente veículo de transmissão de informação e deu-nos a possibilidade, por exemplo, de haver concursos com stories e visualização de podcasts. A criação do website foi sem dúvida uma das maiores ga-

rantias da divulgação para os associados e para todos os que navegam no mesmo. Começámos por ter um Boletim de Enfermagem que se transformou na Revista não indexada Enformação que é publicada semestralmente e visualizada por todos no website.

Colaborámos com as Enfermeiras Diretoras em diversas ocasiões de forma a demonstrar o trabalho e empenho dos Enfermeiros da instituição em novos projetos, na tomada de posse dos Enfermeiros Gestores e nos "Open Days" para os Enfermeiros recém-licenciados.

Inovar no Cuidar é o lema da ULS São José e a ACE é bem representativa dessa prerrogativa.

Não posso deixar de realçar que a inovação também faz parte da atividade dos outros grupos profissionais pelo que tivemos sempre a preocupação de os ter representados nas diferentes atividades que fomos realizando nestes 24 anos de existência.

Enfim, os desafios que enfrentei foram pessoais e profissionais. A Vida é um desafio permanente. Os desafios são importantes porque nos fazem descobrir quem somos, o que conseguimos realizar e como por vezes nos transformam. A ACE é e vai continuar a ser para a nova Presidente e corpos sociais uma experiência única.

Os Enfermeiros merecem esta associação. O desafio é lutar por ela, fazê-la crescer.

Sendo reconhecida como uma pessoa de consensos e agregadora, considera que estas características foram facilitadoras para manter o dinamismo desta Associação?

Muito obrigada pelo reconhecimento!

Concordo com o que afirmaram. Sim, foi facilitador para manter o dinamismo da ACE.

O termo consenso deriva do latim consensus. É importante o grupo estabelecer um acordo, obter um entendimento comum, o que por vezes não é fácil, mesmo tendo por base os estatutos da ACE, o plano de atividades, etc. Existiram nas reuniões discussões, negociações, perfeitas tertúlias que nos enriqueceram como pessoas e profissionais.

Para ser respeitado, temos de saber respeitar os outros. Tenho uma máxima que todos os dias "aprendemos uns com os outros e connosco pró-

prios". Como Presidente a minha perspetiva pode ter sido diferente de alguns elementos do grupo, mas tive de me focar na resolução da situação mesmo que não seja unânime, mas, respeitando a maioria.

Nos vários corpos sociais houve um ponto de encontro de culturas distintas dos enfermeiros dos vários hospitais que se foram integrando, ideias diferentes e caminhos de vida pessoais e profissionais muito interessantes. Tive sempre a preocupação de construir "pontes" para as passarmos em conjunto.

Podem perguntar se ao longo de 24 anos nunca fiz prevalecer a minha decisão? Sim, aconteceu. Mas, foi raro.

Tornámo-nos resilientes, perseverantes, criativos, cúmplices na decisão e na boa disposição.

A Associação tem promovido várias iniciativas de formação e investigação. Como descreveria o contributo da ACE para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros?

Um contributo extremamente importante.

Na minha ótica, os desenvolvimentos pessoais e profissionais estão muito relacionados entre si e no fundo podem ser vistos como dois lados da mesma moeda. Ao longo dos anos a ACE contribuiu para esses desenvolvimentos instituindo o "Programa de Apoio à Investigação e Formação em Enfermagem" com o objetivo de estimular entre os associados a criatividade e a qualidade na atividade de formação / investigação em enfermagem.

O apoio à formação/investigação dado aos associados permitiu-lhes a frequência de diversas atividades, como congressos, jornadas, cursos; concorrerem com comunicações livres e pósteres e na publicação de artigos científicos. É interessante observar o aumento exponencial de pedidos a este apoio. De acordo com o regulamento, o Conselho Diretivo teve de aumentar o valor votado em assembleia geral.

O Prémio de Investigação que foi divulgado em dois anos teve pouca adesão e o júri considerou que os trabalhos apresentados não estavam dentro dos critérios de inclusão elaborados. Considero importante que se dê continuidade.

Neste processo formativo não foram apenas os associados que tiveram acesso à formação, mas todos os Enfermeiros que participaram em cursos, mesmo de outras instituições, como por exemplo o de liderança e gestão de equipas, webinars, congressos, jornadas, palestras e tertúlias.

Não posso deixar de referir os vários acordos de parcerias com associados de várias unidades hospitalares e com os quais se organizaram vários eventos formativos.

Igualmente, com a Gestão da Qualidade e Gabinete de Segurança do Doente com a participação da comunidade civil.

Na sua perspetiva, como é que a enfermagem vai evoluir nos próximos anos, especialmente com a crescente digitalização e avanços tecnológicos?

A Enfermagem tem acompanhado a crescente digitalização e o avanço das tecnologias e penso que têm tido reflexo na própria evolução da profissão, em muitos aspetos. Se voltar aos anos oitenta, altura que me formei, é impressionante, se fizermos uma análise detalhada, verificar a evolução de técnicas e tratamentos que foram sendo introduzidos; implicou uma adaptação na própria formação graduada e pós-graduada e um desafio constante na gestão de recursos humanos e dos cuidados prestados aos utentes/família.

Em saúde, trabalhar em rede, a desmaterialização do processo clínico do utente e processos de inovação, são exemplos positivos da digitalização e evolução tecnológica. Particpei em muitas atividades e gostaria de destacar a adaptação dos Enfermeiros aos Registos de Enfermagem Informatizados. Nem sempre um processo fácil para quem não nasceu na era da informática. Na minha opinião os Enfermeiros Gestores têm de estar muito atentos e auditarem com frequência os registos, no sentido de avaliarem se os mesmos são representativos dos cuidados prestados ao utente/família; é importante que sejam reflexo da individualização dos cuidados e ferramenta útil para a defesa legal em caso de queixa no gabinete do cidadão ou noutras instâncias.

A escassez de Recursos Humanos é uma preocupação e por vezes os Enfermeiros sentem-se sobrecarregados, com alto nível de stress físico e

emocional e manifestam-se contra o tempo que têm de despender para a elaboração dos registos de enfermagem em sistemas operativos lentos. Mas, a parceria com a área dos sistemas de informação é muito útil e também para todos um desafio constante.

Mudar, implica sempre resistências que podem ser minimizadas se houver comunicação eficaz e que todos os colaboradores tenham conhecimento do porquê das mudanças. Temos de ser, nós os Enfermeiros Gestores, os primeiros a nos adaptar e participar sempre em todas as atividades de implementação de novas ferramentas. Só assim podemos introduzir planos de melhoria/ações corretivas. Este pressuposto também se aplica à evolução tecnológica na inovação em cuidados de saúde.

É verdade, o tema da Inteligência Artificial (IA) no meu parecer pode trazer benefícios na eficiência da prática de enfermagem, mas nunca se pode sobrepor ao papel crucial do cuidado humano e à ética da profissão. Tem de haver "consciência" na sua aplicabilidade.

Enfim, para caminharmos em paralelo com a evolução tecnológica e científica e integrarmos novas práticas na enfermagem é necessária formação contínua, dar oportunidade aos enfermeiros especialistas de demonstrarem e aplicarem as suas competências, envolver os Enfermeiros em projetos de investigação.

Também aqui, a ACE tem elevada importância ao contribuir para a formação dos associados e acompanhar de perto a evolução tecnológica dando ferramentas para a sua divulgação e como a aplicar na tomada de decisão clínica e implementação dos cuidados.

Que competências acredita que serão cruciais para os enfermeiros do futuro?

Interessante questão!

Após 42 anos de atividade profissional acredito que as competências para os enfermeiros do futuro devem ser alicerçadas no legado que nós os "séniores" aplicámos à Enfermagem. A experiência tem um valor que não deve ser rejeitado. Nem que seja para refletir no que há a melhorar.

O Enfermeiro do futuro tem de ser munido de habilidades e competências que formam um elo, ou

seja, caminham em conjunto. Na minha visão é essencial: Saber comunicar, atuar com princípios éticos e honestos, ser dedicado, proativo, assumir responsabilidades pela sua formação continua, acreditar que faz a diferença.

Os paradigmas nos cuidados de enfermagem foram -se alterando ao longo do tempo, mas, é importantíssimo valorizar a identidade profissional que se deve manter inovadora, criativa para uma sociedade cada vez mais exigente. O Enfermeiro do futuro tem de estar preparado para uma sociedade cada vez mais multicultural e envelhecida. Têm de desenvolver estratégias conjuntas para a qualidade na realização do trabalho; promoverem práticas simuladas que atualmente são já a realidade a nível das escolas superiores de enfermagem e também na ULS São José.

Na minha caminhada na Enfermagem e nas várias categorias profissionais que tive sempre procurei a melhoria dos meus conhecimentos, pesquisava, estudei; acreditem que último dia que trabalhei na ULSSJosé, dia 1 de fevereiro de 25, fui inteirar-me do que se passava com um utente, porque já não me lembrava o que significava o diagnóstico que o fez ser admitido no hospital. E sei que me vou manter assim...estudiosa, leitora, a que questiona. Considero que é fundamental que os Enfermeiros se munam do conhecimento do estado de arte dos cuidados, da liderança de equipas, da política de saúde, etc.

O Enfermeiro do Futuro não pode ser muito letrado e ser amorfo no dia a dia do seu trabalho.

Como já referi, penso eu, o Enfermeiro do futuro em plena era da saúde digital e a ter de dar resposta a tantos problemas na área assistencial é obrigatório que seja agente de mudança.

Eu sou otimista em relação ao futuro da profissão e acredito nas novas gerações dos Enfermeiros.

Que mensagem gostaria de deixar aos enfermeiros da ULSSJosé?

Começo por agradecer: a todos os Enfermeiros com os quais me cruzei em vários contextos, a oportunidade de aprender sempre algo com eles, vivenciar experiências únicas de humanidade e conhecimento; aos Enfermeiros que na sexta década de vida ainda estão a prestar cuidados de enfermagem diretos aos utentes; a todos os asso-

ciados e elementos dos corpos sociais que fizeram a ACE crescer e ser uma marca forte pela conexão emocional que a levou a ser reconhecida, ter uma posição única e diferenciadora.

Tenho consciência que os Enfermeiros nem sempre estão satisfeitos, por diversos fatores, mas, acreditem que na ULSSJosé que é uma instituição hospitalar e de cuidados primários, podem adquirir um leque de experiências muito enriquecedor e continuar a contribuir para a imagem desta instituição de referência.

Os Enfermeiros da ULSSJosé todos os dias fazem a diferença mesmo quando estão a desempenhar funções em ambientes complexos, com redução de recursos humanos e com "vozes" que são por vezes inoportunas.

As gerações são diferentes. Eu sou da geração X e muitos enfermeiros da Millennials e Z. Todos nós sabemos o que quer dizer, os conflitos que podem existir, mas pela minha experiência acredito que é uma oportunidade de crescer, inovar, fortalecer laços.

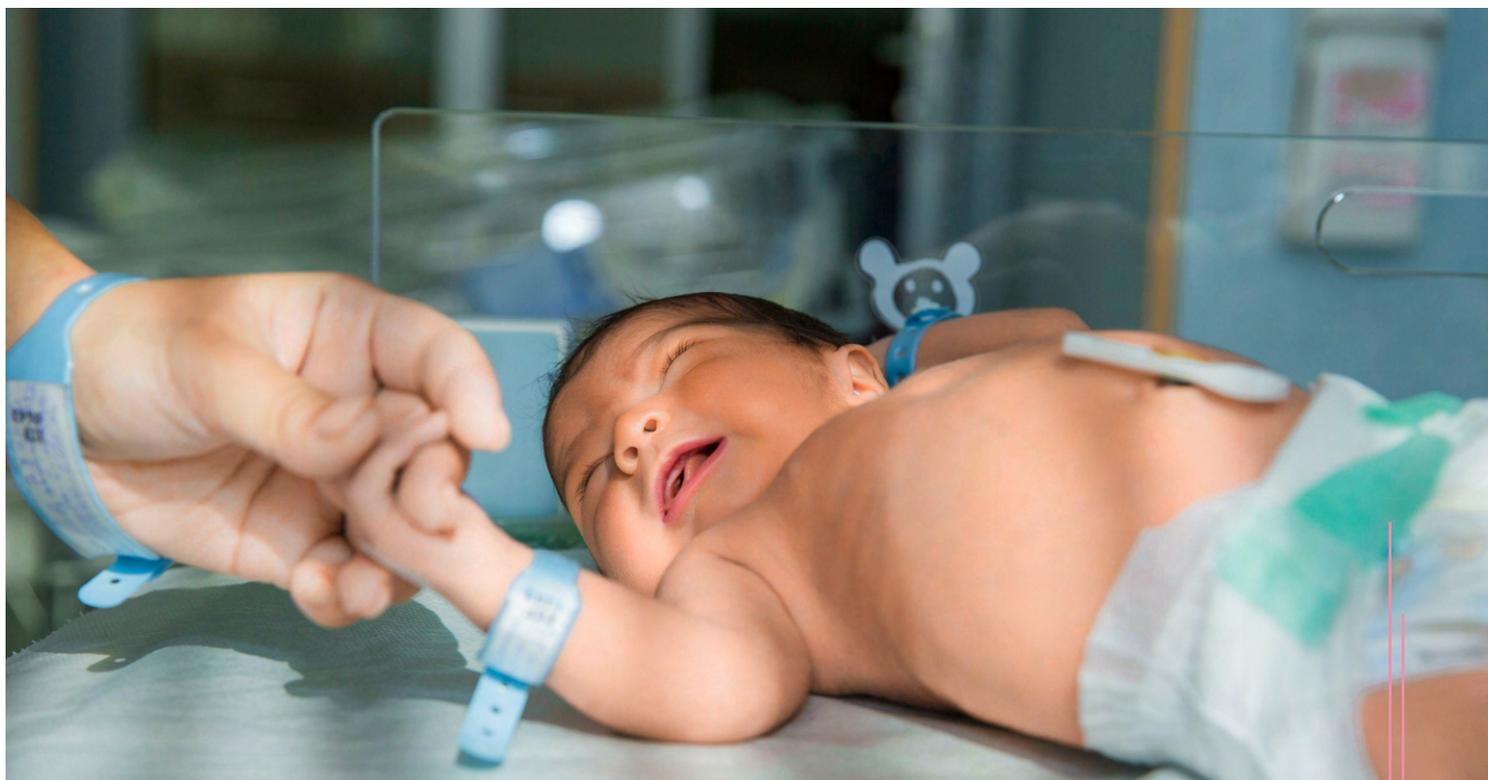
Os Enfermeiros Gestores em conjunto com os Enfermeiros em função de direção têm um desafio diário de como gerir equipas multigeracionais. Refleti muito acerca desta problemática. Devemos conhecer bem os nossos colaboradores, acompanhá-los e construir com todos um ambiente favorável ao seu desenvolvimento pessoal e profissional; fortalecer a cultura organizacional; incentivar as dinâmicas de grupo, realizar eventos fora da instituição para confraternizarmos; saber escutar e ser empático, valorizar e, mesmo com dificuldade em tempo, refletir em conjunto.

Tudo o que referi também é uma mensagem para os Enfermeiros Responsáveis de Equipa que devem em articulação com o Enfermeiro Gestor lutar por um ambiente saudável, inspirador e motivante. Não se esqueçam que não somos só nós. Fazemos parte de um todo multidisciplinar que também tem de ser valorizado.

Mensagem final: Todos os Enfermeiros podem ser um dia Mentores.

O importante é acreditar!

Programa Parentalidade da UCC Oriente



Ana Lavaredas, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Unidade de Cuidados na Comunidade Oriente – Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal, ana.lavaredas@ulssjose.min-saude.pt

Sara Anunciada, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Unidade de Cuidados na Comunidade Oriente – Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal, sara.anunciada@ulssjose.min-saude.pt

” ...Os resultados aos questionários de satisfação são muito gratificantes .

A UCC Oriente foi criada em 2011, tendo tido oscilações de recursos humanos ao longo do tempo, teve em 2018 em reforço significativo de profissionais o que permitiu um aumento de capacidade assistencial e melhoria da qualidade de cuidados.

As atividades da carteira de serviços das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) estão definidas no despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, artigo 9.º, DR Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009-04-16, páginas 15438 – 15440 são estruturadas considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e os recursos humanos disponíveis.

Foi possível, em 2018, aumentar a abrangência da resposta em Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) e iniciar a resposta com Programas de Recuperação Pós-Parto (PRPP), inserida no Programa Nacional de Saúde

Reprodutiva, para promoção de estilos de vida saudável, em articulação com a resposta das unidades funcionais no Programa de Vigilância da Saúde Materna a todas as utentes das 13 freguesias do ex-agrupamento de centros de saúde de Lisboa Central (figura 1), atualmente pertencentes à ULS São José.



Figura 1 – Freguesias incluídas na área de abrangência do ACES Lisboa Central (Fonte ArcGIS Online,

A transição para a maternidade é um dos eventos de desenvolvimento mais marcantes na vida de uma mulher (1), com um profundo impacto a nível físico, mental, emocional e social (2). Neste sentido, torna-se essencial os PPPP, uma vez que proporciona "(...) às mulheres o conhecimento, as habilidades e as atitudes para que se sintam preparadas, no sentido do desenvolvimento da mestria e *empowerment* para fazerem escolhas informadas sobre as opções mais saudáveis" (3).

A importância destes programas está sobejamente justificada na literatura. A gravidez, conduz à aquisição e modificação de papéis e à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente à família e comunidade. A gravidez consiste numa transição desenvolvimental que exige respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, que implicam a reorganização específica (4,5). Para

que ocorra esta transição de forma eficaz, é necessário que os pais integrem conhecimentos, modifiquem comportamentos e alterem a definição do seu eu, durante este período (6), através da Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP).

O puerpério, período que ocorre logo após o nascimento e se estende geralmente até seis semanas após o parto, é acompanhado de diversas alterações psicológicas, fisiológicas, físicas, emocionais e sociais. Todas estas alterações associadas ao nascimento de uma criança, representam uma enorme complexidade, que envolve um processo de adaptação não só a nível individual, como também conjugal e familiar (7). Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles o apoio da família, amigos e profissionais de saúde.

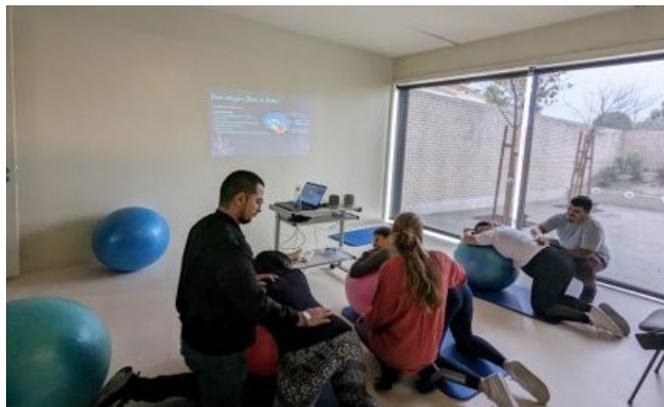
Os PPPP e PRPP têm como objetivos "(...) promover comportamento saudáveis e preparar os casais para o nascimento de uma criança, aumentando a confiança das mulheres na sua habilidade para ter filhos; prepará-las para lidar com o processo de parto e para exercerem o consentimento informado, esclarecido e livre, nomeadamente, em matéria de acompanhamento pessoal, controlo da dor e indução do parto; prestar esclarecimentos, incentivar e apoiar a amamentação; fortalecer a relação de qualidade entre a mãe, o pai, o feto e a criança; promover a recuperação física e psicológica equilibrada no pós-parto; preparar para a parentalidade envolvida e cuidadora; conhecer e desenvolver a rede de suporte social" (8).

A Enfermagem tem como foco de atenção as repostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (9). Os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam e ajudam a lidar com as mudanças inerentes a eventos críticos ou processos de vida, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (10).

A experiência da transição exige, assim, que cada pessoa integre novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, naturalmente, altere a significado de si mesmo no contexto social. É essencial que os EEESMO sejam capazes de reconhecer repostas humanas e promover a adaptação à nova circunstância de saúde e/ou de vida (3).

Programa de Preparação para o Parto e a Parentalidade

O PPPP da UCC Oriente está estruturado conforme podemos ver na tabela 1 e o plano de sessões consta na tabela 2, tendo ao longo dos anos ocorrido várias alterações para se adaptar às necessidades da população, tendo em conta os recursos humanos disponíveis.



População Alvo	Equipa	Locais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> Grávidas e sua pessoa significativa, preferencialmente alguém que estará com ela durante o parto e o período após o parto (companheiro/a, amiga/o, avós, ou outro), das unidades funcionais de Lisboa Central da ULS São José 	<ul style="list-style-type: none"> 1 EESMO a 35h/semanais 1 EESMO a 10h/semanais 1 voluntária consultora em aleitamento materno (IBCLC) 1 voluntária em educação do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de Movimento UCSP dos Olivais; Ginásio da Pena (JF Arroios) Ginásio de São Marçal (JF Misericórdia) Online 	<ul style="list-style-type: none"> Inicia-se entre as 30 e as 32 semanas de gestação; As sessões são em grupo e em português; 7 sessões por programa, com cerca de 2 a 3h de duração; Aplicação da Escala <i>Empowerment Scale for Pregnant Women</i> traduzida e validada (Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016), antes e após o PPPP; Aplicação Questionário de Satisfação às grávidas e pessoas significativas.

Tabela 1: Programa de Preparação para o parto e a parentalidade da UCC Oriente

Apresentação do grupo Sessão Prática	Trabalho de parto I	Trabalho de Parto II	Período Pós-Parto
<ul style="list-style-type: none"> Plano de Parto; Exercícios; Básculas; Respiração; Massagem Perineal. 	<ul style="list-style-type: none"> Sinais e Sintomas de alarme a gravidez; Sinais de início de trabalho de parto; Bem-estar materno-fetal; Fatores que intervêm no Trabalho de Parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Estádios do Trabalho de Parto; Tipos de Parto; Indução do Trabalho de Parto; Gestão de Dor; Humanização dos Cuidados no Trabalho de Parto e Parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos e fases do Puerpério; Puerpério imediato; Alterações Físicas; Vivência da Sexualidade; Alterações Emocionais e Psicológicas.

Cuidados ao Recém-Nascido	Aleitamento Materno	Sono Infantil
<ul style="list-style-type: none"> Alimentação; Higiene e Conforto; Sono e Repouso; Comunicação; Segurança; Vigilância de Saúde; Sinais de Alerta. 	<ul style="list-style-type: none"> Vantagens do Aleitamento Materno; Riscos de substituição do LM; Práticas do Aleitamento Materno; Como funciona a amamentação; Alojamento Conjunto; Exterogestação. 	<ul style="list-style-type: none"> Dentro do útero VS depois de nascer; O que esperar do dono do bebé; Como relaxar o bebé; Rotina e rituais de sono e autonomia do sono; O bebé e a relação com o cuidador.

Tabela 2: Plano de Sessões do PPPP da UCC Oriente

A casuística destes 7 anos de atividade encontra-se no quadro 3 e reflete a crescente procura deste serviço, fruto da divulgação das equipas de saúde das unidades funcionais, mas também da referência de utentes que realizaram a outras utentes e cada vez mais de uma auto-referência das mulheres grávidas. Os resultados aos questionários de satisfação são muito gratificantes e uma mensagem para a continuação deste trabalho.



Ano	Referenciações	Adesão	Número de turmas	Resultados de satisfação
2024 (1º semestre)	342	263	18	100%
2023	658	485	38	100%
2022	568	457	29	93,33%
2021	473	373	25	100%
2020	378	218	18	100%
2019	533	338	19	100%
2018	112	51	7	100%

Tabela 3: Casuística do PPPP da UCC Oriente de 2018 ao 1º semestre de 2024

Na UCC Oriente no ACeS Lisboa Central, atualmente pertencente à ULS São José, foi implementado um projeto de intervenção com o objetivo de avaliar a eficácia dos PPPP, na população de grávidas que frequentaram estes programas, baseado no ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). Desde abril de 2021 até ao final de 2023, foi utilizada a Escala *Empowerment Scale for Pregnant Women* para medir os níveis de empoderamento antes e depois das sessões de formação. A participação ocorreu utilizando-se o Microsoft Forms, após consentimento informado, garantindo a confidencialidade.

Os resultados da aplicação da escala pré-programa são de 86,76% e pós-programa são de 92,18%. Identificámos que o grupo de mulheres que têm interesse pelos PPPP, apresentam já níveis elevados de *empowerment*. As mulheres que participaram nos PPPP registaram um aumento do seu

empowerment, demonstrando uma maior capacidade para tomar decisões informadas e promover a sua autonomia e autoestima.

Concluimos que a nossa intervenção foi importante, pois existiu um reforço desde *empowerment*. Estes resultados evidenciam que as grávidas da nossa amostra são pessoas que se sentem mais capacitadas, para tomarem decisões informadas, promovendo maior autonomia e autoestima.

Programa de Recuperação Pós-parto

O Programa de recuperação pós-parto apresentado na tabela 4, teve início em 2019, mas a sua procura e adesão menores levou a uma interrupção deste programa. Em 2023 ficaram reunidas condições para uma nova tentativa de oferecer este serviço. A adesão melhorou face a 2019, mas como se mantém baixa, a oferta é também menor, dirigindo-se as horas dos recursos humanos

para o PPPP.

População Alvo	Equipa	Locais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> • Puérperas, RN e sua pessoa significativa, das unidades funcionais de Lisboa Central da ULS São José 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 EESMO a 35h/semanais • 1 EESMO a 10h/semanais • 1 voluntária consultora em aleitamento materno (IBCLC) • 1 voluntária em educação do sono 	<ul style="list-style-type: none"> • Online • Encontro presencial de puerperas e RN em jardim ou salão Nobre da Junta de Freguesia de Marvila 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia-se entre 1 a 2 meses pós-parto; • As sessões são em grupo e em português; • 9 sessões por programa, com cerca de 1h de duração; • Aplicação Questionário de Satisfação às puérperas.

Tabela 4: Programa de Recuperação Pós-parto da UCC Oriente

O plano de sessões que consta na tabela 5, foi pensado para responder às necessidades deste período vivenciado pelas famílias e temos tido muito bom feedback das participantes.

Circulo de Partilhas: Experiência de Parto	Choro e “Cólicas”	Primeiros Socorros	Temperamento do bebé e desenvolvimento infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas do trabalho de parto; • Partilha de experiências. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é o choro e tipo de choro; • Estratégias para acalmar o bebé; • Definição de cólica e causa das cólicas; • Estratégias para atenuar as cólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção e atuação perante: quedas, queimaduras, intoxicações, sono, obstrução da via aérea; • Lavagem Nasal; • Convulsão febril; • Segurança Rodoviária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento do bebé e técnica dos 5's; • Competências do recém-nascido; • Metas de desenvolvimento infantil consoante os meses.

Amamentação	Sono Infantil	Cuidados cicatriz e fortalecimento pavimento pélvico	Exercício Físico	Gestão do Tempo
<ul style="list-style-type: none"> • Vantagens do Aleitamento Materno; • Riscos de substituição do LM; • Práticas do Aleitamento Materno; • Como funciona a amamentação; • Alojamento Conjunto; • Exterogestação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro do útero VS Depois de nascer; • O que esperar do sono do bebé; • Como relaxar o bebé; • Rotina e rituais de sono e autonomia do sono; • O bebé e a relação com o cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta relativamente a cicatriz; • Sinais de alerta de disfunção do pavimento pélvico; • Estratégias para melhorar a saúde pélvica; • Respiração; • Controlo postural • Diástase 	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios básicos de exercício físico; • Perda de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências

Tabela 5: Sessões do Programa de Recuperação Pós-parto da UCC Oriente

Ano	Convocatórias	Adesão	Número de turmas	Resultados de satisfação
2024 (1º semestre)	368	70	2	100%
2023	288	103	4	91,70%

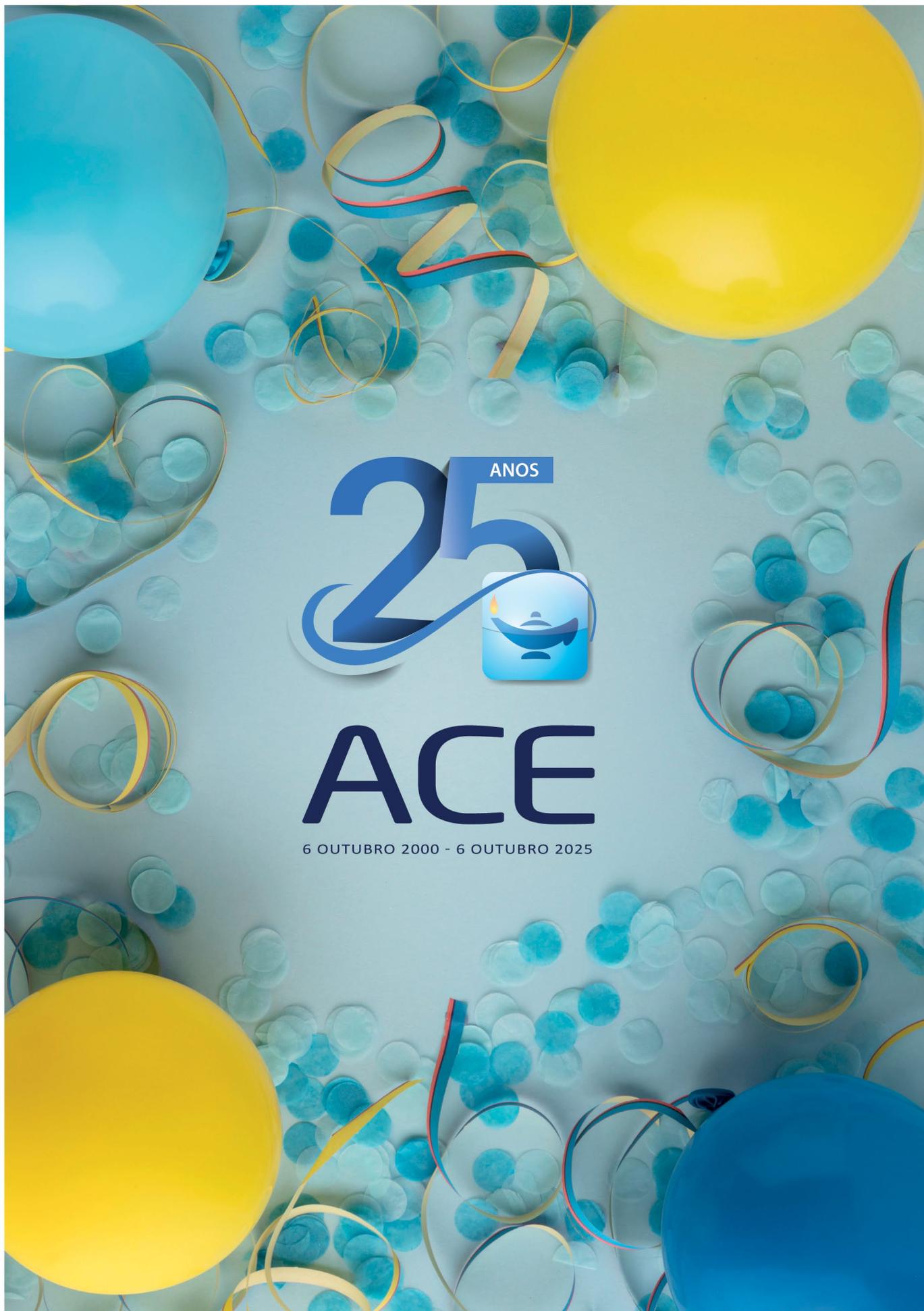
Tabela 6: Casuística do Programa de Recuperação Pós-parto da UCC Oriente

Concluimos que a crescente adesão e os resultados em saúde obtidos motivam a constante melhoria da qualidade do serviço oferecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merces, R. T. (2010). Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (Springer P, pp. 94–104). Springer Publishing Company.
2. Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V., & Duarte, J. (2014). Contributos da Preparação para o parto na perceção de cuidados culturais. *Millenium*, 47, 21–32. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2616/1/3.pdf>
3. Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A. R., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: *Preparação para o Parto* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacao-parto_v4_fl.pdf
4. Im, E.-O. (2021). Situation-Specific Theories from the Middle-Range Transitions Theory. In E.-O. Im & A. I. Meleis (Eds.), *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing* (pp. 71–87). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6>
5. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52–65). Springer Nature Switzerland.
6. Sousa, A. P. P. A. (2015). *Construir a Confiança para o Parto: desenvolvimento e avaliação de um Programa de Intervenção em Enfermagem* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/20727>
7. Sousa C. O enfermeiro de saúde materna e obstétrica no puerpério – da Necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem. Porto; 2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23043/1/Tese%20cat%20maio.pdf>
8. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade e Cursos de recuperação pós-parto - Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Direção-Geral de Saúde.
9. Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24–38). Springer Publishing Company.
10. Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health.







Tomada de Posse dos novos Órgãos Sociais da ACE

Paula Duarte

No passado dia 14 de janeiro tomaram posse, no salão nobre do Hospital de São José, os novos corpos sociais da Associação Científica dos Enfermeiros (ACE), presididos pela Enfermeira Especialista Cristina Amaral (Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos do Centro de Referência ECMO da ULSSJosé). Em nome da nova equipa, Cristina Amaral deixou uma promessa: "Assumimos este compromisso com espírito de continuidade, com o objetivo de dar seguimento ao excelente trabalho que foi desenvolvido até aqui. Estamos cientes das responsabilidades que este compromisso nos impõe, porque pretendemos trabalhar de forma transparente, dedicada e colaborativa". No final do discurso da tomada de posse, Cristina Amaral agradeceu a "confiança" demonstrada pelos restantes associados a todos os elementos que compuseram a lista A e que agora estão a dirigir a ACE.

Esta cerimónia foi pautada pela emoção pois contou também com uma homenagem à enfermei-



ACONTECEU

ra gestora Filomena Leal, coordenadora da área das Neurociências da ULS São José, que esteve à frente da associação durante os últimos 23 anos e que passou o testemunho à nova presidente da ACE.

Cristina Amaral, que foi vice-presidente no anterior mandato, dirigiu a Filomena Leal algumas palavras emocionadas: "A sua forma de liderar, sempre visionária e empreendedora, foi decisiva para que a nossa associação crescesse e se posicionasse como referência no campo da Enfermagem. Não podemos deixar de destacar a maneira única como se relacionou com todos nós. Para além de uma líder exemplar, foi também uma amiga incansável, sempre disposta a ouvir e incentivar. Foi um privilégio para todos nós tê-la como presidente da nossa associação."

A enfermeira diretora da ULS São José, Maria José Costa Dias, também esteve presente na sessão e agradeceu o contributo de Filomena Leal: "a senhora enfermeira é o rosto desta associação, que nos orgulha a todos!". Desejou os maiores sucessos à nova equipa dirigente da ACE, na pessoa da Enfermeira Cristina Amaral, parabenizou os enfermeiros que têm feito parte dos corpos sociais e todos os associados: "Esta ULS está, mais uma vez, de parabéns pelo excelente trabalho que a ACE faz e continua a fazer!".

Visivelmente comovida, Filomena Leal agradeceu a homenagem e o trabalho feito pela ACE durante o seu percurso: "Esta associação é uma vitória dos enfermeiros e é uma imagem de marca da ULS São José e do Serviço Nacional de Saúde. Estes 23 anos à frente da ACE deram-me a oportunidade de viver continuamente, com muita emoção, e sentir sempre que vale a pena lutar por algo que nós acreditamos".



**DIA INTERNACIONAL DO
ENFERMEIRO**
12 DE MAIO 2025

**OS NOSSOS
ENFERMEIROS.
O NOSSO
FUTURO.**

**CUIDAR DOS ENFERMEIROS
FORTALECE AS ECONOMIAS**



Dia Internacional do Enfermeiro 2025

Irina Cardoso

Reflexão, partilha e bem-estar marcaram o encontro comemorativo do Dia Internacional do Enfermeiro, reforçando o papel essencial dos enfermeiros na promoção da saúde mental – própria e dos outros.

No dia 12 de maio de 2025, a Associação de Científica dos Enfermeiros promoveu uma jornada singular para assinalar o Dia Internacional do Enfermeiro, com um enfoque profundo no tema da saúde mental e do autoconhecimento. O evento decorreu num ambiente de acolhimento e partilha, reunindo profissionais de diferentes áreas da enfermagem para um programa que privilegiou tanto a componente científica quanto o bem-estar pessoal dos participantes.

Momentos-Chave do Evento

A sessão de abertura, conduzida pela Sr^a Enfermeira Diretora Maria José Costa Dias, deu o tom da celebração: valorizar o papel do enfermeiro enquanto cuidador e também enquanto ser humano com necessidades emocionais próprias.

Seguiu-se a conferência central do evento, “A importância da saúde mental: reflexos na vida pessoal e profissional dos enfermeiros”, dinamizada pela Enfermeira Idália Cardoso. A oradora abordou de forma objetiva e sensível o impacto da pressão laboral contínua, o risco de burnout e a urgência de criar espaços seguros para o autocuidado no contexto profissional. Foram também partilhadas estratégias simples e valiosas para os enfermeiros aplicarem no seu dia a dia.

Paralelamente, decorreram atividades práticas e interativas que promoveram o envolvimento ativo dos participantes:

No auditório principal teve lugar a sessão de testemunhos “Como cuido da minha saúde mental”, com os Enfermeiros Paulo Rocha e Raífaela Gonçalves, que deu continuidade ao espaço de discussão e partilhas reais de como os enfermeiros mantêm este equilíbrio pessoal-profissional.



Srª Enfermeira Diretora Maria José Costa Dias e Srª Enfermeira Cristina Amaral, presidente da ACE, durante a mesa redonda comemorativa do Dia Internacional do Enfermeiro.

Posteriormente, um dos momentos mais participativos foi a descontraída e bem-humorada sessão de yoga do riso, guiada pela Enfermeira Albertina, que proporcionou relaxamento e conexão em grupo.

Numa sala paralela, foi dinamizado pelo Enfermeiro Alexandre Costa um grupo terapêutico no qual foram partilhadas reflexões sobre identidade profissional e estratégias de coping para lidar com os vários desafios pessoais e profissionais.

Reflexão Final e Encerramento

Após o intervalo, o Enfermeiro Francisco Cruz conduziu a sessão reflexiva com o tema “Do silêncio ao propósito – uma viagem pelo sentir e

pelo ser”. Esta intervenção provocou uma introspeção profunda nos participantes, lembrando que cuidar de si é parte integrante da missão de cuidar dos outros.

A sessão de encerramento, com a participação da Enfermeira Cristina Amaral e novamente de Francisco Cruz, reforçou o compromisso da classe com a humanização dos cuidados e a promoção da saúde integral dos enfermeiros.

Considerações Finais

Este evento foi mais do que uma celebração: foi um convite à escuta, ao sentir e ao cuidar interno. Num tempo em que os desafios da enfermagem são cada vez mais exigentes, iniciativas como esta sublinham a importância de espaços que promovam o equilíbrio entre ciência, prática e bem-estar pessoal.



Profissionais de saúde e convidados assistem com atenção às comunicações da sessão.



Vista geral do auditório durante o evento.

Missão ACE

Promover projetos de formação inovadores, de qualidade e de valor sustentável que contribuam para a maximização do potencial humano e para o crescimento da ULS S. José.

Porque os valores éticos, profissionais e humanos da Enfermagem orientam e fortalecem a nossa missão !



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS