

AEOP9

REUNIÃO NACIONAL

27·28

maio 2016

Hotel dos Templários

T O M A R

abstracts

27 Maio 2016 [17h30 – 18h50]



INOVAÇÃO, MAIS DO QUE ESTAR À FRENTE, É ESTAR AO SEU LADO

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar.
Aqui, ao seu lado.



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL*

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal - NIPC 513 300 376 – Capital Social 1.005.000 euros

abstracts

AEOP9
REUNIÃO NACIONAL

27 Maio 2016 [17h30 – 18h50]

APRESENTAÇÃO: 7 minutos

DISCUSSÃO: 3 minutos

INVESTIGAÇÃO

1

17h30 – 17h40

Perfil da pessoa com ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória

Carla Regina Silva, Célia Samarina Vilaça Santos

2

17h40 – 17h50

Prestador de cuidados do doente oncológico: Revisão integrativa

Nélia Oliveira, Ricardina Costa

3

17h50 – 18h00

Especificação dos diagnósticos de enfermagem que tomam por foco a capacidade, associados à pessoa que vive com um estoma

Carla Regina Rodrigues da Silva, Maria Alice Correia de Brito

BOAS PRÁTICAS

4

18h00 – 18h10

Contacto telefónico após início de tratamento antineoplásico: um cuidado diferenciado de enfermagem ao doente oncológico

Sara Costa, Marta Carvalho

5

18h10 – 18h20

A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial

Ana Margarida Paguia, Tânia Saraiva

abstracts

27 Maio 2016 [17h30 – 18h50]

6

18h20 – 18h30

Manutenção do Cateter Totalmente Implantado - The Right Time?

Carla Cabral, Sandra Ponte

7

18h30 – 18h40

Terapêuticas orais no cancro do pulmão: desafios na enfermagem.

Esmeralda Barreira, Aurora Araújo, Inês Ruiz, Luísa Morais

8

18h40 – 18h50

Qualidade de vida na doença oncológica: intervenções baseadas no mindfulness

Maria José Dias, Cláudia Gomes

9

NÃO APRESENTADO

Avaliação do risco nutricional em doentes oncológicos em tratamentos de quimioterapia EV

Maria de Fátima Contreiras, Alexandra M. Ribeiro Veiga Henriques

10

NÃO APRESENTADO

Manutenção do cateter venoso central totalmente implantado - experiência do hdq do chsj, e.P.E.

Soraia Pinto, Ana Resende, Isabel Morgado, Liliana Barbosa

11

NÃO APRESENTADO

Caminhando para o futuro

Nélia Paula Oliveira

27 Maio 2016 [17h30 – 17h40]
INVESTIGAÇÃO

Perfil da pessoa com ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória

Carla Regina Silva, Célia Samarina Vilaça Santos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
enf_carlasilva@hotmail.com

Objetivos

Descrever as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal no norte de Portugal.

Materiais e Métodos

Estudo quantitativo, descritivo e transversal. Foi aplicado o formulário “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal – CAO-EI”, validado para a população portuguesa (Pinto, Santos, Brito & Queirós, 2016), a uma amostra de conveniência de 50 participantes em três hospitais do norte do país.

Resultados

A idade média dos participantes era de 61 anos, variando as idades entre os 25 e os 85 anos. Verificou-se que 88% possuíam escolaridade, embora destes, cerca de 71% tinham frequentado apenas o 1º ciclo. Também 60% eram do sexo masculino, 86% casados ou viviam em união de facto e 78% possuíam um familiar cuidador, sendo em 62% dos casos o cônjuge. Todos os participantes se encontravam a aguardar cirurgia coloretal com provável construção de ostomia de eliminação intestinal e todos sabiam referir o diagnóstico que motivava a cirurgia, sendo que 78% tinham carcinoma do reto, 82% iriam ser submetidos a colostomia e 52% a ostomia temporária. A maioria dos participantes (82%) nunca tinha contactado com alguém com ostomia, 58% participou em consulta de Enfermagem de Estomaterapia e em metade da amostra foi efetuada marcação do estoma.

Conclusões

O conhecimento sobre o perfil sociodemográfico, clínico e de tratamento das pessoas que serão submetidas a ostomia de eliminação intestinal, ainda na fase pré-operatória, permite ao enfermeiro identificar, antecipadamente, as mais vulneráveis a desenvolver um processo de adaptação menos ajustado, permitindo-lhe, assim, mobilizar e coordenar recursos no sentido de prescrever intervenções de enfermagem que respondam às necessidades específicas deste grupo populacional.

Bibliografia

- Cabral, A. (2009). Associação Portuguesa de Ostomizados (APO). Jornal Da Secção Regional Do Centro Da Ordem Dos Enfermeiros, Setembro, ano 7, Nº. 20.
- Krouse, R. S. (et al.) (2016). A chronic care Ostomy self-management program for câncer survivors. *Psycho-Oncology*. 25, 574-581. doi: 10.1002/pon.4078.
- Pinto, I. E. S., Santos, C. S. V. B., Brito, M. A. C., & Queirós, S. M. M. (2016). Propriedades Psicométricas do Formulário Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 75-84. doi: 10.12707/RIV15044.

Prestador de cuidados do doente oncológico: Revisão integrativa

Nélia Oliveira, Ricardina Costa

HOSPITAL DE DIA – HEMATO-ONCOLOGIA • CS DA NAZARÉ / SESARAM, EPE (FUNCHAL)
neliapggv@hotmail.com

Objetivos:

Analisar as produções científicas nacionais e internacionais sobre a sobrecarga do prestador de cuidados do utente com cancro no domicílio, através da revisão integrativa da bibliografia

Materiais e Métodos:

A Metodologia a ser utilizada no desenvolvimento deste trabalho irá ser uma revisão integrativa

Resultados

Com relação ao ano de publicação, observou-se que um artigo foi publicado em 2004, havendo uma pausa de cinco anos para os artigos posteriores. Este facto demonstra que a preocupação com a sobrecarga dos prestadores de cuidados ao doente oncológico no domicílio é algo recente. Dos artigos analisados na sua totalidade internacionais, sendo cinco com origem no continente americano e um na Europa. O conceito de cuidado informal tem vindo a ganhar relevo na literatura portuguesa.

Foram desenvolvidos 5 estudos quantitativos através da aplicação de escalas e um estudo de carácter qualitativo com recurso a gravações de conversas.

A situação de prestação de cuidados pode afetar a saúde física dos prestadores de cuidados, por vezes ocorrendo alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares.

Na grande maioria dos casos é um familiar que assume o papel de cuidador e geralmente do sexo feminino.

A sobrecarga mental/ psicológica foi o que mais se evidenciou neste estudo, tal facto remete a necessidade de inclusão dos cuidadores familiares na atenção dos profissionais de saúde, no sentido de apoiar-las, estando disponíveis para ajudar em intercorrências, disponibilizar recursos materiais e orientação para que possam desenvolver as atividades do cuidador no domicílio.

É necessária a mobilização pública para a inclusão de questões relativas ao cuidado domiciliário de pessoas dependentes nas políticas de saúde, buscando soluções que contribuam para amenizar e sanar as dificuldades das famílias no que se refere ao apoio financeiro, material e de saúde.

Conclusões

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial baseada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinadas temáticas e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. Embora combinar dados de pesquisa diversos seja complexo e desafiador, a condução desta revisão integrativa contribuiu grandemente para o enriquecimento de saberes acerca da sobrecarga existente por parte dos prestadores de cuidados do doente oncológico, assim como os principais fatores que contribuem para tal. No cenário atual da enfermagem é imperativo afirmar a revisão integrativa como instrumento válido da prática baseada na evidência. Tendo o conhecimento dos fatores que predis põem a sobrecarga no prestador de cuidados o enfermeiro poderá intervir de forma a preveni-los, promovendo assim uma melhor saúde tanto para o prestador de cuidados, como também para o doente que se encontra nos seus cuidados. O presente estudo aponta para a necessidade de elaboração de pesquisas que se direcionem ao desenvolvimento e à análise de estratégias que possam contribuir para tornar o dia-a-dia dos cuidadores menos desgastante e que promovam a diminuição da sobrecarga atribuída à prática do cuidado. Como sugestões, tendo em conta as complexas questões psicossociais associadas com a etiologia do cancro e efeitos colaterais graves da doença e seu tratamento, determinar a melhor forma de atender às necessidades dos cuidadores é uma meta importante para futuras pesquisas e atendimento clínico.

Bibliografia

- Araújo, L. Z., Araújo, C. Z., Souto, A. K., & Oliveira, M. d. (Jan-Fev de 2009). Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Revista Brasileira de Enfermagem , 62(1). Brasil: DOI: 10.1590/50034-71672009000100005.

- Gaston-Johansson, F., Lachica, E. M., Fall-Dickson, J. M., & Kennedy, M. J. (2004). Psychological Distress, Fatigue, Burden o care, and quality of life im Primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology nursing forum* , 31 . USA: DOI: 10.1188/04.ONF.1161-1169.
- Martinez, M. E., López, M. d., & Flores, I. C. (Março de 2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y salud* , 24(1). Madrid, Espanha: DOI: 10.5093/cl2013a5.
- Mosher, C. E., Bakas, T., & Champion, V. L. (Janeiro de 2013). Physical Health, Mantal Health, and life changes among family caregivers of patients with lung cancer. 40 . USA: DOI: 10.1188/13.ONF.53-61.
- Sherwood, P., Hricik, A., Donovan, H., Bradley, S. E., Given, B. A., Bender, C. M., et al. (Março de 2011). Changes in caregiver perceptions over time in response to providing care for a loved one with a primary malignant brain tumor. *Oncology Nursin Forum* , 38 . USA: DOI: 10.1188/11.ONF.149-155.
- Souza, R. M., & Turrini, R. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. *Enfermeria Global* , 10(22). São Paulo, Brasil: DOI: 10.4321/51695-61412011000200013.
- Whisenant, M. (Setembro de 2011). Informal caregiving in patients with brain tumors. *Oncology Nursing Forum* , 38(5). USA: DOI: 10.1188/11.ONF.E373-E381.

Especificação dos diagnósticos de enfermagem que tomam por foco a capacidade, associados à pessoa que vive com um estoma

Carla Regina Rodrigues da Silva, Maria Alice Correia de Brito

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Enf_carlasilva@hotmail.com

Objetivos

Identificar e especificar os diagnósticos de enfermagem que descrevem as necessidades da pessoa com estoma no domínio da capacidade.

Materiais e Métodos

Estudo de investigação exploratório que consistiu na análise de conteúdo às customizações nacionais ativas no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) em dezembro de 2011. A análise de conteúdo foi validada, inicialmente, por dois peritos externos e, depois, por um focus group constituído por peritos com investigação desenvolvida e publicada na área dos Sistemas de Informação de Enfermagem. O resultado final foi submetido à apreciação por um painel de peritos da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia.

Resultados

Os diagnósticos de enfermagem que descrevem as necessidades da pessoa com estoma e que tomam por foco a capacidade, ou seja, que se referem à pessoa com estoma que participa no autocuidado e que apresenta potencial para a aprendizagem centram-se, fundamentalmente, em quatro aspetos: no autocuidado ao estoma, na troca e na otimização dos dispositivos associados ao estoma e na prevenção de complicações associadas ao estoma.

Conclusões

Os diagnósticos de enfermagem identificados face à pessoa que vive com um estoma e participa no autocuidado, no domínio da capacidade, traduzem os problemas e as dificuldades sentidos por esta pessoa no seu processo de

adaptação às exigências impostas pela presença do estoma. A análise de conteúdo efetuada às customizações nacionais ativas no SAPE em dezembro de 2011 permitiu, assim, identificar que conhecimento de enfermagem era passível de ser formalizado a partir da documentação de enfermagem, contribuindo para a futura construção de modelos clínicos de dados de enfermagem que representem a máxima especificação da informação, na perspetiva da enfermagem, sobre a pessoa que vive com um estoma.

Bibliografia

- Marin, H.; Cunha, I. (2006). Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. Revista brasileira de enfermagem. Vol.59. N.3.
- Silva, A. (2011). Cross Border Electronic Health Records: challenges for Nurses and Patients. Acendio Conference, Madeira

Contacto telefónico após início de tratamento antineoplásico: um cuidado diferenciado de enfermagem ao doente oncológico

Sara Costa, Marta Carvalho

HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA • HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE
enf.sc92@gmail.com

Objetivos

- Efetuar contacto telefónico com o doente oncológico entre 3 a 5 dias após o 1º tratamento antineoplásico;
- Avaliar toxicidades relacionadas com o 1º tratamento antineoplásico;
- Reforçar os ensinamentos ao doente oncológico relativamente ao tratamento antineoplásico, gestão de toxicidades e cuidados a ter;
- Contribuir para a humanização dos cuidados de saúde.

Resultados

No ano de 2015, 428 doentes iniciaram tratamento antineoplásico. Foram realizados 346 (80,8%) contactos telefónicos a estes doentes num período médio de, aproximadamente, 4-5 dias após o tratamento. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- 56,7 % dos doentes não revelaram necessidade de intervenção, uma vez que não apresentaram queixas.

Para os restantes doentes, face à avaliação das suas necessidades, as intervenções de enfermagem necessárias foram as seguintes:

- Ensinamentos de enfermagem: 38,4%;
- Controlo sintomático: 29,5%
- Encaminhamento para o serviço de urgência ou para consulta médica: 3,5%;
- Apoio emocional: 2%.

O mesmo doente pode ter necessitado de várias intervenções.

A partir destes resultados, depreende-se que a maioria das intervenções de enfermagem se direciona para o despiste e gestão de toxicidades e para a

validação e reforço de ensinios. Das toxicidades apresentadas destacam-se as gastrointestinais e constitucionais.

Conclusões

A importância deste contacto telefónico é notória face aos resultados apresentados. Isto pressupõe uma equipa de enfermagem competente para orientar o doente oncológico na gestão das suas toxicidades no domicílio, de forma a prevenir possíveis complicações e a promover o autocuidado. Pretende-se, com este cuidado diferenciado, reforçar a relação terapêutica, com o objetivo de ajudar o doente a ser pró-ativo e conduzi-lo ao autocuidado, minimizando e gerindo os efeitos adversos do tratamento e, consequentemente, aumentando a possibilidade de sucesso do mesmo. (OE, 2012 e Andrade, 2012). Este contacto telefónico é, então, um recurso terapêutico fundamental e inalienável na consolidação de ensinios, bem como na aproximação e fortalecimento da relação entre a equipa de enfermagem e o doente oncológico.

Bibliografia

- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.

A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial

Ana Margarida Paguia, Tânia Saraiva

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, HOSPITAL DE S. BERNARDO
ana_paguia@sapo.pt

Objetivos

Um dos problemas centrais do sistema de saúde é o abandono ou o incumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, sendo esta uma das causas principais de insucesso terapêutico. (Delgado e Lima 2001) Neste sentido, a equipa de enfermagem do S. de Oncologia - H. Dia, implementou a consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial 48h após a 1ª consulta de enfermagem ao doente que inicia Quimioterapia (QT) e 48h após consulta de enfermagem não programada.

Objetivos: Monitorizar e controlar precocemente efeitos secundários; Promover a adesão ao regime medicamentoso e contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Resultados

Embora seja visível na prática clínica a importância desta consulta, sentiu-se a necessidade de utilizar ferramentas que permitissem a mensuração dos resultados produzidos pela mesma.

Assim, elaborou-se o projeto “A Consulta de Enfermagem não presencial - Uma estratégia de adesão ao regime medicamentoso”, que permitiu a sistematização da avaliação dos efeitos secundários e da adesão do regime medicamentoso, bem como a validação do ensino. Este decorreu de Nov. de 2015 até Fev. de 2016. Operacionalização: Escala MAT, Elaboração de instrumento de registo e Checklist de validação do ensino realizado na consulta de enfermagem presencial; Resultados: Nível de adesão elevado (média 5,6) nos doentes que iniciaram QT, com a aplicação da escala MAT. Sintomatologia descontrolada (Fadiga, obstipação, náuseas, anorexia) 48h após o 1º tratamento de QT em 74% dos 186 doentes avaliados.

5

Conclusões

A monitorização sistemática dos efeitos secundários e a validação do ensino permite estabelecer intervenções de enfermagem mais eficazes e personalizadas, traduzindo-se numa melhor adesão, contribuindo ainda para a melhoria da qualidade e da visibilidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido considerando a percentagem de doentes com sintomatologia descontrolada e que de acordo com a literatura, poderá ser um motivo para diminuição da adesão ao regime medicamentoso, esta consulta apresenta vantagens pela sua rapidez de resposta e acompanhamento do doente o que permite um melhor planeamento das intervenções de enfermagem, promovendo assim uma modificação positiva no comportamento de adesão.

Bibliografia

- DELGADO & Lima, (2001) - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doenças, ISCTE – Lisboa; 2 (2): 81-100;

Manutenção do Cateter Totalmente Implantado - The Right Time?

Carla Cabral, Sandra Ponte

HOSPITAL DIA DE ONCOLOGIA - CH LISBOA OCIDENTAL, EPE - HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER
ccabral@chlo.min-saude.pt

Objetivos

Demonstrar que nos doentes oncológicos que terminaram tratamento de quimioterapia no Hospital Dia e que aumentaram o intervalo de tempo na manutenção do CTI, não obtiveram complicações de obstrução.

Resultados

Dos 128 doentes selecionados, 10 foram excluídos do estudo por falta de informação de registo (n=2) ou porque reiniciaram tratamento com QT (n=8). Da amostra (n=118), a maioria tem patologias de cancro do colon (n=50), recto (n=27) e mama (n=25), com tempos de colocação de permanência variável, sendo o mais prolongado de 8 anos; Quanto ao intervalo de tempo, constatámos que 0 % (n=0) realizaram o procedimento num intervalo entre 4 < 6 semanas, 71% (n=84) efetuaram num intervalo compreendido entre as 6 < 8 semanas e 23% (n=27) num intervalo entre as 8 < 10 semanas e num intervalo superior a 10 semanas 6% (n=7). Destes, 100% efetuaram o procedimento de manutenção de CTI com heparinização de acordo com a norma instituída no serviço e verificamos que as intervenções de enfermagem garantiram a permeabilidade do cateter, pois nenhum teve qualquer registo de complicação de obstrução.

Conclusões

Na revisão da literatura efetuada, verificámos a recente recomendação para a utilização de flush com cloreto de sódio a 0,9% como suficiente para manter a permeabilidade do cateter, no entanto os autores não efectuam comparações com o prolongamentos de intervalo de tempo para a sua execução e as dúvidas acrescem na mudança da prática quando é abordado a tipologia de cateteres e dos doentes, como é o caso dos oncológicos portadores de CTI. Da prática, concluímos que independentemente do intervalo de tempo, a correta

manipulação e a utilização de heparina (fibrilin®) permitiram a manutenção da permeabilidade do cateter, sem complicações, mantendo a eficácia e segurança na realização do procedimento, garantindo assim as boas práticas. A existência de mais estudos quanto ao aumento do intervalo de tempo (ideal) para o procedimento, produzirá conhecimento e benefícios significativos, aumentará a satisfação dos doentes (menos vindas ao hospital), reduzirá riscos e custos para os doentes, bem como para a instituição. Quanto à alteração do procedimento de heparinização para flush com cloreto de sódio a 0,9%, será necessário mais estudos em doentes oncológicos portadores de CTI, garantindo assim a segurança na mudança da prática baseada na evidência.

Bibliografia

- Bertoglio, S.; [et al.] (2012). Efficacy of normal saline versus heparinized saline solution for locking catheters of totally implantable long-term central vascular access devices in adult cancer patients. *Cancer Nursing*, 35 (4), 35-42.
- Encarnação, R.M.C. & Marques, P. (2013). Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (9), 161-9.
- Goossens, G.A. (2015). Flushing and locking of venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nursing Research and Practice*, Volume 2015, Review Article ID 985686, 12 pages.
- Goossens, G.A.; [et al.] (2013). Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial. *Annals of Oncology*, 00,1-8
- Schallom, M.E.; [et al.] (2012) Heparin or 0.9% sodium chloride to maintain central venous catheter patency: a randomized trial. *Critical Care Medicine*, 40 (6),1820-26.

Terapêuticas orais no cancro do pulmão: desafios na enfermagem

Esmeralda Barreira, Aurora Araújo, Inês Ruiz, Luísa Morais

CLÍNICA DO PULMÃO • INSTITUTO PORTUGUÊS ONCOLOGIA PORTO
merbarreira@gmail.com

Objetivos

- Divulgar a prática clínica da consulta de enfermagem em terapêuticas target e quimioterapia oral
- Analisar a prática clínica em enfermagem

Resultados

Verificou na consulta de enfermagem com a presença do medicamento que se detetam precocemente erros de prescrição e de fornecimento inadequado com excesso ou falta de medicamento. Na consulta telefónica verificou-se no período de 30 dias, necessidades de intervenção na gestão de sintomas - diarreia, náuseas, eritema, dor abdominal e na gestão terapêutica - toma de dose errada e suspensão do tratamento por efeitos indesejáveis e por falta de medicamento.

Conclusões

A consulta de enfermagem com a atual metodologia de ter o medicamento disponível no momento da consulta e a monitorização posterior com consulta telefónica permite prevenir erros na administração do medicamento e atuar precocemente na gestão dos efeitos secundários.

Bibliografia

- Batista, E. M. M. (2012). Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais.
- Ordem dos enfermeiros. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Série II da coleção «Cadernos OE».
- Dias, A.C. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica, Revisão da Literatura.
- Reis, A. C. S. (2012). Avaliação da adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA e compreensão de variáveis psicológicas associadas. Tese de Doutoramento Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto.

Qualidade de vida na doença oncológica: intervenções baseadas no mindfulness

Maria José Dias, Cláudia Gomes

ONCOLOGIA CIRÚRGICA • INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO
maria.mjsdias@gmail.com

Objetivos

- Definir o conceito Mindfulness
- Descrever aplicação das intervenções Mindfulness na patologia oncológica
- Perceber o benefício da terapia Mindfulness.

Resultados

Atualmente, no tratamento da doença oncológica existe um crescente interesse nas terapias complementares. Estudos realizados com pacientes que completaram os programas baseados no mindfulness demonstraram uma diminuição significativa nos níveis de alteração de humor incluindo depressão, ansiedade, raiva e confusão. Uma avaliação após seis meses da intervenção comprovou que estas alterações se mantinham ao longo do tempo.

Conclusões

Investigadores como Carlson que praticaram o programa Mindfulness com populações oncológicas defendem a sua divulgação aos profissionais de saúde e aos administradores. Esclarecer no contexto da prática clínica, a natureza desta intervenção, o seu papel auxiliar ou complementar no tratamento do cancro, e os benefícios potenciais para os doentes.

Bibliografia

- Baer, R. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance-based treatment approaches. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 3-27). London: Academic Press.
- Carlson, L., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. & Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112-123.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.

Avaliação do risco nutricional em doentes oncológicos em tratamentos de quimioterapia EV

Maria de Fátima Contreiras, Alexandra M. Ribeiro Veiga Henriques

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DIA • CH SETÚBAL, EPE – HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
Contreiras.fatima@gmail.com

Objetivos

Monitorizar a evolução nutricional dos doentes a realizarem tratamentos de quimioterapia EV. Avaliar a prevalência do risco de desnutrição nos doentes a realizarem tratamentos de quimioterapia EV

Resultados

Dos 157 doentes da amostra

- 52% Pertenciam ao género feminino e 48% ao género Masculino.
- 79% Dos doentes tem idades compreendidas entre os 50 e 79 anos.
- O tipo de patologias mais frequentes são Neoplasia da mama (45 doentes), Linfoma Hodgkin e Não Hodgkin (29 doentes), Neoplasia do Pulmão (26 doentes) e Neoplasia do Colon (16 doentes).
- 76% Apresenta um Grau Nutricional de Normal/Excesso de peso e 17% Obeso grau I, e por conseguinte, um Índice de massa Corporal entre 18,5% e 29,9%.
- 93% Apresenta um Score de Risco Nutricional de 1, no primeiro tratamento de quimioterapia.
- Verificou-se que 46% dos doentes tiveram ganho de peso, 38% perda de peso e 16% não teve alteração do peso, comparando os dados do 1º Tratamento de quimioterapia em relação ao último Tratamento.
- Verificou-se que três doentes já apresentavam risco de desnutrição com Score 3 (Grave) no primeiro dia de tratamento.
- Dos doentes que perderam > 5 Kg de peso do primeiro para o último tratamento só um doente apresentou IMC <18,5 %, com Score risco nutricional Total 3, no último tratamento.

- Verificou-se uma prevalência de 2,5% de risco de desnutrição no doente oncológico a realizar tratamentos de quimioterapia endovenosa.

Conclusões

É possível verificar que a maioria dos doentes não apresenta diminuição acentuada de peso, este facto justifica-se pela monitorização realizada em consulta de enfermagem de controlo sintomático, que permite uma atuação precoce em estados iniciais de anorexia e perda ponderal. Os ensinamentos e os encaminhamentos realizados nestas fases precoces são essenciais para a estabilização ponderal dos doentes e desta forma permite uma melhor tolerância aos tratamentos. A atuação do enfermeiro deverá ter sempre em vista a obtenção de ganhos em saúde, e por isso a avaliação do Risco Nutricional permite definir estratégias para melhorar a qualidade de vida dos doentes oncológicos a realizar quimioterapia endovenosa.

Bibliografia

- KONDRUP, S.P. Allison, M. Elia, B. Vellas, M. Plauth. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421

Manutenção do cateter venoso central totalmente implantado - experiência do hdq do chsj, e.P.E.

Soraia Pinto, Ana Resende, Isabel Morgado, Liliana Barbosa

HOSPITAL DE DIA QUIMIOTERAPIA • CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE
Soraia3@sapo.pt

Objetivos

Partilhar a experiência da manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados, com outros centros de tratamento de doentes oncológicos.

Resultados

No serviço do Hospital de Dia de Quimioterapia do Centro Hospitalar S. João E.P.E., a vasta experiência com os cateteres venosos centrais totalmente implantados permitiu-nos distanciar em alguns aspetos e técnicas daquilo que vem descrito no RCM do cateter, nomeadamente no que respeita ao intervalo de tempo entre manutenções e o volume de soro fisiológico administrado nos mesmos.

Conclusões

O cateter mantém-se permeável e funcionante, tendo como resultado vários aspetos positivos como, redução da probabilidade de infeção, menor número de picadas no cateter e obviamente ao doente, menos custos para o hospital, menos custos para o doente nas suas deslocações e consequentemente maior qualidade de vida do mesmo, sendo esta última a nossa maior prioridade.

Bibliografia

- Fougo, José luís (2008) Cateteres venosos centrais de longa duração - Considerações práticas sobre a sua colocação, utilização e remoção, Porto: Lidel.
- Hepzibha, Alexander (2010) "Heparin Versus Normal Saline as a Flush Solution", International Journal for the Advancement of Science & Arts, Vol. 1, nº1.
- Ficha Técnica do produto - Vygon.

Caminhando para o futuro

Nélia Paula Oliveira

SERVIÇO DE SAÚDE DA RAM, EPE
neliapggv@hotmail.com

Objetivos

O cancro é sem dúvida, uma doença de extrema importância para a Saúde Pública, apesar de cada vez mais termos conhecimento sobre como prevenir e tratar o cancro, em cada ano aumenta o número de pessoas que sofrem com isso. Se até 2020 esta tendência se mantiver, este preverá um aumento para 16 milhões de pessoas. Destes, dois terços viverão em países em desenvolvimento ou em países industrializados (OMS, 2014). É tempo de usarmos o conhecimento para salvar vidas e evitar sofrimento. Isto requer uma ação internacional com êxito, por governos, organizações e instituições de interesse público e privado, tais como capacitar as pessoas e comunidades. 6.7 milhões de mortes, 10.9 milhões de novos casos e 24.6 milhões de pessoas vivendo com o cancro (prevalência de 5 anos – 1998 a 2002). Como nos refere a (OMS, 2014), o cancro não conhece limites: é a segunda causa principal de morte nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento está entre as três principais causas de morte em adultos. Em 12,5% do total das causas de morte é atribuída a taxa de cancro que excede o total de mortes devido à AIDS, a doença cardíaca, tuberculose e malária, considerados em conjunto. A oncologia é assim considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e afeta pessoas de todas as idades e condições: crianças, jovens e idosos; ricos e pobres, homens e mulheres.

É neste sentido que surge o projeto de intervenção comunitária “Caminhando para o futuro”, exposto no presente relatório, com vista a dar resposta ao problema identificado, assim como, Tavares (Tavares, 1990) ao referir que “Em saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas”(p. 29). Para a consecução do planeamento em saúde há que seguir as seguintes etapas: elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer prioridades em saúde e formular objetivos e estratégias face às mesmas, estabelecer programas e projetos de intervenção e respetiva avaliação.

Terei como objetivos: Dotar o voluntário de conhecimentos para uma resposta eficaz ao doente oncológico e família; Capacitar a população para a promoção da saúde e prevenção da doença oncológica; Adquirir competências acrescidas sobre cuidados de enfermagem ao doente oncológico e sua família na comunidade, permitindo a equidade em oncologia.

A metodologia que usarei será a contextualização, fundamentação teórica, desenho do projeto (onde incide nas fases de planeamento em saúde e metodologia de projeto), implicações na prática, questões éticas e considerações finais.

Resultados

A implementação do projeto assenta nestas diretrizes ao ter como gestor um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, constituindo-se como um modelo intervenção comunitária de suporte e educação para a saúde, dirigida a um grupo específico da comunidade, constituído pela população de maior risco. Deste modo, seguidamente apresentam-se os aspetos relacionados com os efeitos que o desenvolvimento do presente projeto terá na nossa prática, bem como perspetivas do seu progresso.

Primeiramente a implementação do projeto descrito, ao proporcionar uma relação de maior proximidade entre a equipa de cuidados continuados integrados e o doente oncológico permitiu identificar que na prática diária da prestação de cuidados no domicílio, não dedicamos o devido tempo ao cuidador informal, fruto principalmente da escassez de recursos humanos face ao aumento progressivo da solicitação de cuidados à equipa. Deste modo, procuraremos através de outras estratégias de acompanhamento, que podem passar por exemplo, pelo contacto telefónico mais frequente, mostrar disponibilidade para atender às necessidades do cuidador informal. Agradar-me referir também que, com o decorrer do projeto e respetiva identificação de utilidade, manifestada pelos cuidadores informais participantes, começámos a equacionar a possibilidade de alargar a população alvo do projeto, procurando abranger toda população do concelho e não apenas os a seleção efetuada. Com isto, estou a promover a acessibilidade impedindo as desigualdades no que concerne ao acesso à informação em saúde, contribuindo para o aumento dos ganhos em saúde, quer dos que assumem a tarefa de cuidar em contexto domiciliário, quer daqueles que recebem os cuidados. Gostaria ainda de referir a um aspeto que consideramos de uma enorme riqueza e que se prende com toda a aprendizagem de estratégias, de ordem técnica e motivacional, que nos foi proporcionada pelos grupos, através da partilha generosa que fazem em público durante as sessões de educação para a saúde. Este saber de experiência feito, com a devida orientação, enriquece todo o grupo inclusive os profissionais que não se podem esquecer do seu papel de mediadores da informação em sobreposição à atitude de únicos detentores do saber.

Considero também que o projeto pode constituir mais um passo no que se preconiza ser o trabalho na comunidade, pois ao envolver elementos de várias áreas e entidades, irá beneficiar não só os doentes oncológicos e família com a oferta de diversos saberes e auxílio, como também despertar nos seus colaboradores a necessidade do reconhecimento por parte de todos os que temos responsabilidades a nível social, do trabalho desenvolvido por este grupo específico da comunidade.

Espero assim, que a médio prazo se vão desenvolvendo outros projetos na comunidade e políticas sociais que promovam o cuidado, a promoção da saúde e a prevenção da doença procurando ir de encontro ao nosso PNS/PRS. Constitui também meu desejo que a oncologia passe a ter maior visibilidade social, sentindo-se mais auxiliados e amparados na sua tarefa de cuidar, aumentando e desenvolvendo as suas capacidades e autoestima, para que as dificuldades e necessidades sentidas ao longo deste processo sejam minoradas com respostas concretas e em tempo útil, contribuindo para o seu bem-estar e daqueles que por si são cuidados.

Conclusões

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária enquanto profissional de saúde e de educação, deve ser provido de formação científica e técnica adaptada e atualizada, cúmplices de elevados valores humanos para que possa colocar-se ao nível das expectativas de quem em si confia.

Atualmente ele a confrontação de maior exigência de qualidade nos cuidados por parte da comunidade onde atua, bem como deve incentivar a interação enfermeiro-comunidade incitando dessa forma relações de parceria de cuidado dentro da realidade que os envolve.

Assim sendo perante uma sociedade cada vez mais exigente ao nível da qualidade dos cuidados prestados que as instituições e os prestadores de cuidados devem rever a sua oferta assistencial, não só ao ponto de melhorar continuamente a sua carteira de serviços, como adequar as respostas em saúde às carências e necessidades detetadas no esforço sempre presente de avaliação das comunidades onde se inserem.

A enfermeira de saúde comunitária deve evidenciar as competências orientadas para a tomada de decisão relativa aos diferentes domínios de ação, considerados como prioritários, alicerçadas para a continuidade, qualidade e a excelência do cuidado. Desta forma é fundamental o desenvolvimento de competências, num ensino clínico, enquanto futuras especialistas de enfermagem em saúde comunitária através de um trabalho de intervenção na comunidade, no período de Dezembro a Janeiro. O presente relatório foi o culminar da sua efetivação metodológica, de todo um conjunto de conhecimentos adquiridos e traduzidos na evidência das fases da metodologia do planeamento em saúde, que visou a perceção da mesma e a apresentação do seu contributo para a finalidade

do estudo. Primeiramente, as necessidades evidenciadas nos acontecimentos de maior relevância especificamente a promoção da saúde relacionado com os valores humanos e o acolhimento do doente oncológico e sua família na comunidade, fundamentados e sustentados nas fases do planeamento do projeto de Imperatori e Giraldes, no RCEEEECSP, na OE e no CDE..

Quanto à investigação dos resultados, identificou-se estudos internacionais relativos à intervenção de enfermagem comunitária, complementados com a fundamentação do PNS e PRS. Assentando a avaliação dos resultados através da monitorização dos progressos dos acontecimentos e da avaliação da consecução dos objetivos, traduzidos pelos indicadores. Assim, como principais resultados do nosso projeto de intervenção salientámos: A superação dos indicadores de atividade relativamente às educações para a saúde em todos os grupos alvo, como indicador de resultado atingimos os 100% em contexto escolar, uma vez que todos os grupos de alunos mostraram conhecimentos adquiridos relativamente aos estilos de vida saudáveis. Relativamente às educações para a saúde no á população, os utentes contatados na sua generalidade, demonstraram grande interesse, entusiasmo e participação nas mesmas. Com o decorrer e finda a minha caminhada perante o objeto de estudo, alvo de intervenção e reflexão crítica, considero que alcancei efetivamente os objetivos por mim delineados. Por conseguinte, no percurso da nossa reflexão deparei-me com determinadas obstáculos e limitações inerentes ao espaço temporal para a aplicação de metodologia de planeamento em saúde. Situações e evidências que no decorrer do nosso trabalho foram com sucesso, empenho e dedicação ultrapassadas. Como término, a sugestão inerente ao estimular todo um processo de intervenção na comunidade e referente reflexão crítica através da elaboração de relatórios através da formação nos cursos de pós-especialização, com o intuito de fomentar o conhecimento e a evidência sobre a natureza do nosso exercício profissional e assim, o mesmo constituir um contributo de qualidade e de excelência à Pessoa Humana, família e comunidade que carecem dos nossos cuidados.

Ter sucesso é ter querer. Ser persistente, perseverante, empenhada, insistente, hábil, astuta e compassiva, nunca desistir ao primeiro sinal de dificuldade, foram as habilitações que me acompanharam neste estágio de intervenção, e que me ajudaram a atingir os meus objetivos, alcançando o meio pelo qual procurei afirmar-me perante os obstáculos desta longa caminhada, como futura enfermeira especialista em saúde comunitária. Aprendendo a perceber o fracasso, como parte natural do caminho para o sucesso foi a chave para chegar à nossa meta. Trabalhar na comunidade e com parceiros da comunidade, foi uma das experiências mais gratificantes, fazendo acreditar que o impossível foi sem dúvida, a coragem que necessitei para acordar todos os dias e dizer: não desistas e crê que o sonho poderá tornar-se realidade. Caminhando para o futuro, com

a implementação deste Projeto de Intervenção, foi benéfico para a população (pelos contributos que lhes forneceu), para nós profissionais de saúde (pelo enriquecimento de conhecimentos e aplicação de competências desenvolvidas) e para a Instituição (pelo contributo a nível da comunidade). Contribuiu de igual modo para prevenir complicações relacionadas também com a doença oncológica, promover a saúde e para elevar a qualidade de vida da população e um melhor acompanhamento do voluntário ao doente oncológico e sua família.

Bibliografia

- Abreu, W. C. (2011). Transições e Contextos Multiculturais. (Formasau, Ed.) Sinais Vitais, p. 156.
- Ades, T., & Greene, P. (1991). American Cancer Society. Principles of Oncology Nursing. Atlanta, GEO. Obtido em Novembro de 2014, de Principles of Oncology Nursing.
- Alves, M. A. (Março/Abril de 2004). Etapas da Metodologia de Projetos. III série da Revista Bimestral - O Professor, pp. 30-37.
- Assunção, G. P., & Fernandes, R. A. (2010). Humanização ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde. Serviço Social em Revista, 12. (Londrina, Ed.) Portugal. Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>
- Bond, S. (1978). Processes of communication about cancer in radioterapia. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Edimburgo.
- Cahhon, M. C. (1982). Enfermagem Oncológica (40104/3386 ed.). (P. E. América, Ed.) Mira - Sintra: Nem Martins.
- Caramago, T., & Souza, I. (Setembro - Outubro de 2003). Atenção à mulher mastetomizada: discutindo os aspetos ónticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital de Cancer III. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 11.
- Catarino, A. (Janeiro/Agosto de 2003). Sociedade e Trabalho. Voluntariado - Uma leitura da experiência, nº. 19/20, 7-15. Lisboa, Portugal.
- Dia Internacional dos Voluntários, Resolução 40/121 (Assembleia Geral das Nações Unidas 17 de Dezembro de 1985).
- Diário da República, N.º 35 (2ª.serie 18 de Fevereiro de 2011).
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. p. 183.
- Fingfeld, D. (May de 2008). Concept synthesis of the art of nursing. Journal of Advanced Nursing, 62, pages 381-388. Obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04601.x/abstract>
- George, B. (1991). Factor Explaining Volunteering for Organizations in Particular. (Dissertação). Brandeis University.
- Hesbeen, W. (2004). Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador, 296. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (Edições Saúde ed.). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- INE. (2011). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- INE. (18 de Abril de 2013). Público. Obtido de www.publico.pt/sociedade/noticia: http://www.publico.pt/sociedade/noticia/um-milhao-de-portugueses-fez-trabalho-voluntario-em-2012-1591756
- Jones, S. (1996). Using health promotion to support volunteer workers. Nursing Times, 34-35.
- Jornal Oficial Da União Europeia, p. C285 E/160 (Resolução legislativa do Parlamento Europeu 26 de Novembro de 2009).
- Lapão, L. (2010). Gestão de Projetos e de Programas em Saúde. Contextos da enfermagem. Obtido em 5 de Dezembro de 2015
- LPCC. (2012). Liga Portuguesa Contra o Cancro. Obtido de <http://www.ligacontracancro.pt>
- Lynn E. Miller, G. N. (September de 1990). Human Relations, paper of the year. Obtido em 13 de Novembro de 2015, de <http://hum.sagepub.com/content/43/9/901>
- M, T., & C., F. K. (11 de Janeiro de 2000). Volunteers in hospital and home: a precious resource. Tumori, 80(4), 269-272. Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO, 269-272.
- Min-saúde. (Dezembro de 2009). Ministério da Saúde - Requisitos para a prestação de Cuidados em Oncologia. Obtido de Ministério da Saúde: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6F418E57-B0AF-4088-BA9E-D36CE3E715E7/0/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf

- Nacional Cancer Institute. (2012). Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.cancer.gov>
- NIC. (2013). Nursing Interventions Classification . Obtido de <http://www.nursing.uiowa.edu/>
- OE. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt
- OE. (2008). Servir a comunidade e garantir as qualidades - Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Obtido em 6 de Novembro de 2015, de Ordem dos enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- OMS. (2012). Organização Mundial de Saúde - Cancer. Obtido de OMS: <http://www.who.int/topics/cancer/es>
- OMS. (2014). Obtido em Outubro de 2014, de Organização Mundial de Saúde: www.who.int/
- Oncológicas, P. N. (2012). Direção Geral da saúde. Obtido de www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-oncologicas-pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Conselho de enfermagem. Competências de enfermeiros de cuidados gerais. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (2005). Ordem dos enfermeiros. (l. 92-95040-36-8, Produtor) Obtido de CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0: (CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0, 2005, Ordem dos Enfermeiros Portugueses (tradução) ISBN: 92-95040-36-8.)
- ORNELAS, J. (2008). Psicologia comunitária. Lisboa: Fim de século.
- Ottawa, C. d. (1986). Saúde Publica. Obtido de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Ottawa.htm
- Otto, S. E. (2000). Enfermagem em oncologia. Loures: Edições Lusociência. Obtido de ISBN 972-8383-12-6
- Petronilho, F. A. (2007). Preparação do regresso a casa. Formasau, p. 195.
- PNS. (2012-2016). Obtido em Outubro de 2014, de Plano Nacional de Saúde: <http://www.pns.dgs.pt>
- Popim, R., & Boemer, M. (Setembro-Outubro de 2005). Cuidar em oncologia na perspetiva de Alfred Schutz. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 13.
- Promoção da saúde. (12 de Setembro de 1978). Obtido de saude publica: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- PRS. (2011). Plano Regional de Saúde da Madeira. Obtido de <http://sras.gov-madeira.pt/>
- Santos, L. (16 de Maio de 2015). Aulas de especialidade sobre saúde e crenças. Funchal.
- Sardinha, B. B. (Julho - Setembro de 2011). Voluntariado na Economia Moderna, um recurso em valorização. Hospitalidade, 55. Lisboa.
- Smith, D. H. (Fevereiro de 1981). Altruism Volunteers and Volunteerism. Journal of Voluntary Action Research, pp. 21-36.
- Sousa, L. F. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Ambar.
- SOUZA, C. B., BACALHAU, M. R., MOURA, M. J., VOLPI, J. H., & MARQUES. (s.d.).
- SOUZA, C. B., BACALHAU, M. R., MOURA, M. J., VOLPI, J. H., MARQUES, S., & RODRIGUES, M. R. (2 de Abril de 2003).
- Psicologia, Saúde e Doenças, pp. 267-276.
- Stanfone, M., & Lancaster, J. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. Lisboa: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos (4ª edição ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento profissional.
- TC. M. (october de 2003). Careful nursing: a model for contemporary nursing practice. Obtido de Pubmed - US National Library of Medicine National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956674>
- UN Volunteers. (Fevereiro de 2015). Obtido de <http://www.unv.org/>
- Waldow, V. R. (2006). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. p. 181.

