



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Hospitalização Domiciliária

Cristina Maria Lopes Alexandre Marques

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,
ISCTE *Business School*

outubro, 2023



**BUSINESS
SCHOOL**

Departamento: Marketing, Operações e Gestão Geral

**Contributos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na
Hospitalização Domiciliária**

Cristina Maria Lopes Alexandre Marques

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,
ISCTE *Business School*

outubro, 2023

Agradecimentos

O presente projeto é o resultado de um percurso de formação longo e trabalhoso, que contou com um importantíssimo apoio, acompanhamento e cooperação de diversas pessoas. Assim, gostaria de endereçar os meus mais sinceros agradecimentos:

À Professora Generosa pela orientação, palavras de incentivo, confiança e, pelo seu exemplo como uma grande mulher e gestora estratégica de pessoas.

A todos os professores da Pós-Graduação para Profissionais de Saúde e do Curso de Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE pela partilha de conhecimentos e colaboração no desenvolvimento de competências na área da gestão

Aos colegas do ISCTE que me acompanharam neste caminho pelo companheirismo, partilhas e mensagens de encorajamento, em especial à Daniela Sousa, Sofia Gonçalves, Sara Fonseca e Marco Teotónio.

Aos meus colegas de trabalho que muitas vezes mesmo sem perceberem me deram força para seguir em frente e jamais desistir, em especial à Sra. Enf.^a Gestora Graça Rebelo e ao Diretor de Serviço Dr. Francisco Félix por todo o apoio e motivação.

Aos diversos profissionais que em muito contribuíram, na forma de entrevistas, partilhando as suas experiências e o seu trabalho e, por isso tornaram esta tese possível.

À minha melhor amiga Maria Guimarães que me incentivou e acompanhou nesta grande aventura e, esteve sempre lá para mim... “a metade do meu cromó.” À Raquel Neves um exemplo de força e determinação, com a qual posso sempre contar.

À minha mãe, com um pedido de desculpa pois várias vezes ficou para segundo plano na minha lista de prioridades.

Aos meus mais que tudo, a minha razão de viver... Zé, Beatriz, Leonor e Madalena Marques pela força e estímulo transmitido durante todo o processo de desenvolvimento deste mestrado.

E por fim, agradeço àquelas estrelas especiais que brilham no céu e me acompanham no coração, os quais tenho a certeza de que estão muito orgulhosos do meu percurso.

Cada uma destas pessoas teve o seu grau de influência e importância, no entanto, foi o seu todo que tornou este projeto uma realidade.

O meu obrigada a todos por me ajudarem a ver a vida de uma forma diferente e a crescer como ser humano um pouco melhor a cada dia que passa.

Resumo

A crescente sobrelotação dos serviços hospitalares, nomeadamente serviços de urgência e internamento levam a um aumento dos riscos para os seus utentes, especialmente para a população idosa, no que diz respeito à funcionalidade, cognição e perda de autonomia.

A hospitalização domiciliária surge como uma alternativa eficaz para pessoas com doença aguda ou crónica agudizada, que seriam institucionalizadas em ambiente hospitalar. O cuidador informal assume aqui um especial destaque, sendo que este necessita de desenvolver competências para dar resposta às necessidades de cuidados apresentadas pela pessoa dependente.

Pretende-se com a elaboração deste projeto, potencializar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de forma, a que seja visto como um parceiro estratégico essencial na gestão da incapacidade, adaptação e recuperação da pessoa dependente/ cuidador informal/ família. Assim, o intuito desta investigação foi de identificar oportunidades de melhoria na cadeia de valor da hospitalização domiciliária e, com o contributo da enfermagem de reabilitação, propor uma intervenção de melhoria, potenciando a eficiência e a satisfação de todos os intervenientes no processo, desde os profissionais aos alvos de cuidados.

Para tal, foram efetuadas entrevistas aos coordenadores de duas unidades de hospitalização domiciliária, uma do setor público e outra do setor privado; recorreu-se ainda a entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados no domicílio, analisando as suas experiências e expectativas.

Com base na análise de conteúdo das entrevistas e revisão de literatura foi proposto um projeto de intervenção na área da hospitalização domiciliária.

Palavras-chave: Dependência, Autocuidado, Cuidadores Informais, Hospitalização Domiciliária, Cuidados de Enfermagem no Domicílio, Enfermagem de Reabilitação.

Classificação JEL: I10 – Saúde: Geral; L33 – Empresas Públicas, Empresas Público-Privadas.

ABSTRACT

The increasing demand of the hospital services, particularly emergency and inpatient services, and consequent overloading, leads to an increase in the risks for complications for their patients, especially the elderly and fragile population, in terms of functionality, cognition and loss of autonomy.

Home hospitalization has emerged as an effective alternative for people with acute or chronic illnesses who would otherwise be institutionalized in a hospital environment. The informal caregiver has a crucial role and requires to developing skills to meet the care needs of the dependent person.

The aim of this project is to enhance the skills of nurses specialized in nursing rehabilitation, growing their role as strategic partner in the management of disability, adaptation, and recovery of the dependent person/informal carer/family. The objective of this research was to pinpoint areas for enhancement within the value of the home hospitalization and, with the help of nursing rehabilitation, to propose a improvement interventions plan, boosting efficiency and the satisfaction of all those involved in the process, from the professionals to the patients receiving the care.

To this end, interviews were carried out with the coordinators of two home hospitalization units, one in the public sector and the other in the private sector; semi-structured interviews were also carried out with nurses specialized in nursing rehabilitation who provide care at home, analyzing their experiences and expectations.

Based on the content analysis of the interviews and a literature review, an intervention project was proposed in the area of home hospitalization.

Keywords: Dependence, Self-care, Informal caregivers, Home hospitalization, Nursing care at home, Nursing Rehabilitation.

JEL Classification System: I10 – Health: General; L33 – Public Enterprises, Public-Private Enterprises.

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	1
1. Revisão da Literatura.....	5
1.1. Gestão Estratégica na Saúde.....	5
1.2. Autocuidado: Um Conceito Central em Enfermagem.....	8
1.2.1. Dependência no Autocuidado.....	8
1.2.2. Exercício do Papel de Prestador de Cuidados – Cuidador Informal.....	11
1.3. Transição dos Cuidados do Hospital para o Domicílio	14
1.3.1. Transição de Cuidados	14
1.3.2. Contextualização da Hospitalização Domiciliária.....	16
1.4. Cuidados de Enfermagem no Domicílio	19
1.4.1. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	22
2. Metodologia	25
2.1. Método.....	25
2.2. Técnicas de Recolha de Dados	25
2.4. Técnica de Tratamento de Dados	27
2.5. Considerações Éticas	28
3. Diagnóstico.....	29
3.1. Unidade Hospitalização Domiciliária.....	29
3.2. Caracterização de duas Unidades de Hospitalização Domiciliária uma do Setor Público e outra do Privado.....	29
3.2.1. Unidade de Hospitalização Domiciliária Pública	30
3.2.2. Unidade de Hospitalização Domiciliária Privada.....	31
3.3. Análise das Entrevistas aos Coordenadores das UHD.....	33
3.3.1. Análise Crítica das Unidades de Hospitalização Domiciliária.....	36
3.4. Análise das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação ..	37
3.4.1. Análise Crítica da Experiência dos EEER que Prestam Cuidados no Domicílio	43

4. Projeto de Intervenção na Área da Hospitalização Domiciliária	45
4.1. Gestão de Recursos Humanos.....	47
4.1.1. Seleção e Recrutamento	47
4.1.2. Formação e Desenvolvimento de Competências.....	48
4.1.3. Coesão e Espírito de Equipa	51
4.2. Programa de Reabilitação Estruturado	52
4.2.1. Pessoa Dependente no Autocuidado	52
4.2.2. Cuidador informal	54
4.2.2.1. Sessões para Cuidadores Informais	54
4.2.3. Consulta Presencial de <i>Follow-up</i> de Enfermagem Pós- internamento em HD.....	55
4.2.4. Integração da Inteligência Artificial nos Cuidados de Reabilitação	56
4.3. Certificação das Unidades de Hospitalização Domiciliária.....	57
4.4. Proposta de Mudança – Ganhos em Saúde	58
4.5. Implementação do Projeto de Intervenção	58
Conclusões	61
Referências Bibliográficas	65
ANEXOS	70
Anexo A - Algoritmo de Admissão em Hospitalização Domiciliária	71
Anexo B - Algoritmo de Acompanhamento e Planeamento de Alta de Hospitalização Domiciliária	72
Anexo C - As Unidades de Hospitalização Domiciliária Portuguesas	73
Anexo D - Guião das Entrevistas aos Coordenadores das Unidades de Hospitalização Domiciliária	74
Anexo E - Guião das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	75
Anexo F - Declaração de Autorização de Participação no Estudo.....	76
Anexo G – Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Trajetória de Cuidado na Doença Crónica: tarefas do cuidador e efeitos na saúde.....	12
Figura 4.1 Programa de Enfermagem de Reabilitação: da revisão da literatura à validação de conteúdo por especialistas.....	53
Figura 4.2 Metodologia PDCA.....	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 Síntese da Metodologia de Investigação.....	28
Tabela 3.1 Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Coordenadores das Unidades de Hospitalização Domiciliária	34
Tabela 3.2 Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.....	38
Tabela 4.1 Modelo 5W2H - Projeto de Intervenção na Área da Hospitalização Domiciliária	46
Tabela 4.2 Domínios e Indicadores de Competência para Apoiar os Cuidadores Familiares: Cuidado Centrado no Cuidador.....	47
Tabela 4.3 Proposta de Mudança - Ganhos em Saúde.....	58
Tabela 4.4 Cronograma de Implementação do Projeto.....	58

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIVD`s – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD`s – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

HD – Hospitalização Domiciliária

IA – Inteligência Artificial

INE – Instituto Nacional de Estatística

NEHospDom – Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PDCA - Metodologia plan-do-check-act

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sars-Cov-2 –Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

INTRODUÇÃO

Nas últimas cinco décadas, a esperança de vida à nascença aumentou cerca de 10 anos, tanto para os homens como para as mulheres. Em consequência do aumento da esperança média de vida, a prevalência da população idosa com dependência funcional, doentes com patologias crónicas incapacitantes, pessoas com doenças incuráveis em estado avançado e em fase final de vida, ocorreu uma crescente carência ao nível dos cuidados de longa duração e cuidados paliativos (Comissão Europeia, 2021).

A evolução da medicina moderna foi mais bem-sucedida no tratamento das doenças agudas e no aumento da longevidade, do que em restaurar a capacidade funcional perdida pela doença crónica. No sentido de dar resposta a esta problemática, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). São objetivos desta rede a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Decreto-Lei N.º 101/2006).

Mas, segundo as monitorizações efetuadas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) a crescente pressão sobre a RNCCI, decorrente quer do envelhecimento da população, quer dos estrangimentos a montante para referenciação em tempo útil, quer a jusante para identificação de resposta após a alta, concluiu-se que esta não teve o impacto esperado na eficiência hospitalar. A falta de resposta, ou a resposta tardia, decorrente dos inúmeros problemas no processo de articulação dos circuitos de sinalização e referenciação, aumenta exponencialmente os tempos médios de internamento e simultaneamente a pressão sobre as famílias para o cuidar no domicílio (ERS, 2022).

A hospitalização domiciliária (HD) teve início em Portugal em 2015, e constitui um modelo de assistência clínica que assegura a prestação de cuidados de saúde com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar, praticado no domicílio, durante um período limitado, dependendo da vontade expressa do doente/família. As patologias elegíveis para esta tipologia de internamento, estão definidas na Norma da DGS nº 020/2018, assim como os critérios de inclusão e exclusão de doentes, a articulação com os cuidados primários, RNCCI, setor social e com a comunidade (DGS, 2018). Os seus benefícios são muitos quando comparado ao internamento convencional, particularmente por permitir a inclusão do cuidador informal/família na concretização do plano assistencial centralizado no doente, redução do risco de infeções relacionadas aos cuidados de saúde e consequente diminuição da média de tempo de internamento, com a possibilidade de promover a recuperação funcional e, devolver a autonomia do doente no seio da família e no conforto do seu domicílio (DGS, 2018).

Então, quando cada vez mais se preconiza o cuidar no domicílio, torna-se essencial reconhecer o cuidador informal/família como um componente vital para a continuidade dos cuidados. Mas será que: O doente se sente com capacidade de assumir o controlo no seu processo de recuperação e aquisição

de autonomia? E os cuidadores informais/família estão de facto preparados para desempenhar o papel? Serão os reinternamentos frequentes devidos a falta de habilidade adaptativa do doente/cuidador informal/família aos problemas apresentados? Ou, às lacunas na articulação e utilização de recursos da comunidade? Ou ainda devido ao desgaste físico e emocional do cuidador informal/família?

A sobrecarga de trabalho nos serviços de internamento quer a nível hospitalar, quer no domicílio, associada aos escassos recursos humanos, são alguns dos argumentos utilizados pelas equipas de saúde para as falhas na articulação entre os vários níveis de cuidados, falta de comunicação entre os membros da equipa multiprofissional e, para o pouco envolvimento com os cuidadores informais/família no processo de cuidar, resultando na fragmentação de cuidados. Por outro lado, para a manutenção da continuidade dos cuidados os apoios existentes ao nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente da RNCCI são insuficientes e não conseguem dar resposta em tempo útil às necessidades reais das pessoas (ERS, 2022).

As hospitalizações potencialmente evitáveis representam uma carga económica e de recursos considerável para o sistema de saúde, com aproximadamente 47% das mesmas sendo atribuídas a condições de longo prazo. Portanto, reduzir as hospitalizações evitáveis é uma meta mensurável para os serviços de saúde, como forma de controlar os custos crescentes de cuidados e manter uma boa gestão fiscal dos serviços públicos (Byrne *et al.*, 2020).

Logo, quando cada vez mais é solicitado à família responsabilidade no cuidar, de forma a otimizar recursos nomeadamente em relação à gestão da necessidade de internamentos, quer a nível convencional, quer ao nível da hospitalização domiciliária: Em que medida é que uma intervenção organizada e profissionalizada no domicílio, direccionada ao doente/cuidador/ família total, poderá trazer benefícios, para a reorganização da estrutura familiar, para a capacitação do doente/cuidador informal e para prevenir o grau de sobrecarga dos prestadores de cuidados? Qual o papel da hospitalização domiciliária neste âmbito? Constituirá então esta área uma oportunidade para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) desenvolver e potencializar as suas competências e, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, promover a capacitação do doente/cuidador informal/família para o cuidar, agilizar as altas e reduzir os reinternamentos frequentes?

A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados constituem duas áreas centrais fundamentais da enfermagem e que merecem todo o nosso foco e investimento. A capacitação do doente/cuidador informal/família deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação e diminuição de custos, devido a internamentos prolongados, institucionalizações e reinternamentos frequentes. O papel do enfermeiro, nomeadamente do EEER pode ser muito relevante na facilitação da transição

saudável desta população-alvo. A possibilidade de o fazer no domicílio e no contexto real da pessoa dependente coloca-o na melhor posição para realizar uma avaliação global das respetivas necessidades, permitindo um planeamento de cuidados personalizado e intervenções específicas, que promovam ao máximo a autonomia, otimização da qualidade de vida, *empowerment* nas tomadas de decisão de saúde, bem como, adequação e rentabilização de recursos.

A realização deste projeto pretende por um lado, potencializar e desenvolver as competências da enfermagem de reabilitação, promovendo a valorização profissional; por outro lado, pretende apresentar como princípio-chave a qualidade do serviço prestado ao nível da HD, através de um acompanhamento de proximidade, desenvolvendo um serviço de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à medida das necessidades apresentadas tanto em termos de apoio, como em promoção de autonomia. Assim, foi definida como questão de investigação: Quais as melhores práticas que podem constituir uma mais-valia a ser implementada no contexto de uma unidade de hospitalização domiciliária (UHD), nomeadamente com o contributo das competências do EEER?

O objetivo geral é propor uma intervenção de melhoria ao nível da HD, com o contributo da enfermagem de reabilitação, de forma a potencializar as competências do EEER. E como objetivos específicos propõe-se: i) Analisar as práticas em duas UHD, uma do sector público e outra do sector privado; ii) Identificar as experiências e analisar o papel do EEER no cuidar no domicílio; iii) Identificar oportunidades de melhoria na cadeia de valor da HD especificamente com o contributo da enfermagem de reabilitação.

Este trabalho inicia-se com a revisão de literatura no capítulo 1, onde se aborda: de uma forma geral a gestão estratégica na saúde; depois o autocuidado como um conceito central em enfermagem, nomeadamente a dependência no autocuidado e o exercício do papel de prestador de cuidados; a transição de cuidados do hospital para o domicílio, fazendo a contextualização da HD; de seguida mais especificamente os cuidados de enfermagem no domicílio, e em particular o papel do EEER. No capítulo 2 é apresentada a metodologia utilizada, tratando-se de um estudo exploratório tendo como base um paradigma qualitativo, foram efetuadas entrevistas aos coordenadores de duas unidades de hospitalização domiciliária, uma do setor público e outra do setor privado; recorreu-se ainda a entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados no domicílio, analisando as suas experiências e expectativas. No capítulo 3 é efetuado o diagnóstico: da unidade onde se pretende implementar o projeto; caracterizadas duas UHD, uma publica e outra privada e, apresentados os principais resultados da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos respetivos coordenadores e aos EEER; ambas seguidas de uma análise critica. No capítulo 4 foi proposto um projeto de intervenção na área da hospitalização domiciliária, com base na análise de conteúdo das entrevistas e revisão de literatura.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Gestão Estratégica na Saúde

A gestão estratégica resulta de um conjunto de decisões e ações que visam otimizar os resultados de uma organização e engloba: a análise do ambiente externo e interno; a identificação dos *stakeholders*; a conceção de objetivos estratégicos com determinação de metas e planos de ação; a monitorização, acompanhamento e avaliação da implementação da estratégia. Em suma, a gestão estratégica envolve a formulação da estratégia, a implementação e controlo da mesma (Bagheri, 2016). Atualmente vivemos num mundo descrito pelo acrónimo VUCA (volátil, incerto, complexo e ambíguo), então o gestor terá não só de saber efetuar um planeamento e controlo da sua atividade, que lhe permita melhorar constantemente a eficácia e a eficiência da sua empresa, mas também incorporar na sua “matriz de performance” o risco como variável aleatória, cuja mestria na sua previsibilidade lhe poderá assegurar um excelente desempenho.

A formulação e a implementação estratégica estão estreitamente associadas como processos interativos complexos nos quais a política, os valores, a cultura organizacional e os estilos de liderança determinam ou condicionam as tomadas de decisão e a definição de objetivos estratégicos nas diversas áreas.

Particularmente o setor da saúde é extremamente exigente e complexo pela diversidade profissional, diferenciação dos serviços, pluralidade e dimensão dos interesses envolvidos, o que impõe respostas singulares a constantes desafios e imprevistos. Como instituições peculiares, há necessidade de antecipar a evolução das práticas instituídas para seleção das técnicas de gestão adequadas. Neste sentido, gerir o risco, a incerteza, a volatilidade é um grande desafio, o qual exige conjugação de intuição, experiência, inteligência, mas principalmente conhecimento (Miguez & Lezana, 2018). A gestão estratégica da saúde em Portugal está condicionada pelo enquadramento político e económico-financeiro deste setor.

A opção por um modelo público de saúde surgiu em 1979 como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social, este é de cobertura universal geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (Escoval *et al.*, 2016). Atualmente, o sistema de saúde português, à semelhança de muitos dos sistemas de saúde europeus, assenta num *mix* de fontes de financiamento público e privado, coexistindo em simultâneo três sistemas distintos: o serviço nacional de saúde (SNS), os subsistemas de saúde (regimes de seguro social de saúde para grupos profissionais específicos, como por exemplo: funcionários públicos, bancários e forças de segurança) e os seguros de saúde voluntários privados (Escoval *et al.*, 2016). Nos últimos anos tem-se assistido ao crescimento do setor privado, que encontrou na saúde uma oportunidade de mercado para colmatar as falhas do SNS (Campos, 2019).

As reformas de saúde em todo o mundo visam fortalecer a orientação dos sistemas de saúde para a prestação de cuidados de saúde baseados em valor. O valor é definido como a razão entre os resultados alcançados (por exemplo, melhorias na saúde) e os recursos utilizados para alcançar esses resultados (por exemplo, custos). Existe um amplo consenso de que tais resultados devem incluir o estado de saúde relatados pelo doente, por exemplo, o estado funcional ou qualidade de vida relacionada à saúde, bem como medidas mais usuais, como a sobrevivência e morbidade (Gangannagaripalli *et al.*, 2022).

Quando o valor é baseado em resultados que realmente representam as prioridades dos utentes, isso pode criar um contexto no qual os incentivos estão devidamente alinhados entre todas as partes interessadas nos serviços de saúde, para a criação de valor para os doentes. Então, um passo fundamental para a implementação e avaliação dos cuidados de saúde baseados em valor é a identificação dos resultados que definem o valor para uma população específica (Gangannagaripalli *et al.*, 2022).

As exigências atuais na gestão das organizações de saúde ao considerarmos que o SNS e as organizações de saúde enfrentam, a par com as tendências internacionais, desafios associados ao envelhecimento e empobrecimento da população, cada vez mais informada e exigente, às dificuldades de acesso a determinados cuidados, ao desenvolvimento das tecnologias de informação e biomédicas, ao aumento das doenças crónicas e de evolução prolongada e ao elevado ónus que estas representam para o sistema, é premente a constatação da necessidade da adoção de modelos de gestão ágeis e eficientes (Escoval *et al.*, 2016). Sendo esta realidade incontornável assiste-se a um aumento exponencial das despesas em saúde que colocam desafios aos diferentes países, na procura de novas formas de organização dos cuidados, assim como encontrar um modelo de financiamento mais adequado que permita distribuir de forma mais equilibrada o atual orçamento da saúde, que no caso dos cuidados continuados, é notoriamente desajustado (Escoval *et al.*, 2016).

Perante esta realidade, emerge a necessidade de novos modelos que forneçam autonomia aos profissionais, em que a organização dos cuidados assistenciais potencie a eficiência e a qualidade, como são exemplo os centros de responsabilidade integrada (CRI) nas organizações de saúde, capazes de promover uma gestão mais adequada às suas necessidades. Os CRI são constituídos por equipas multidisciplinares que voluntariamente se proponham aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos, responsabilização das partes por um projeto comum, que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual. Estes podem ser claramente propiciadores de cuidados de saúde de qualidade, eficientes, geradores de acessibilidade e cobertura universal, bem como de uma forte índole estratégica, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Este tipo de organização promove a descentralização da tomada de decisão e a responsabilização pelos resultados contribuindo para a melhoria da eficácia, da

eficiência, da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde (Dec. Lei Nº18/2017).

As organizações têm de se adaptar às constantes mudanças, mantendo a qualidade e, simultaneamente, tornando-se flexíveis, possuindo capacidade de resposta e criatividade, o que significa serem inovadoras (Costa *et al.*, 2013). A inovação é então considerada outro fator crítico para o sucesso, visto ser um aspeto estratégico com capacidade de promover a diferenciação organizacional e vantagens competitivas. Mas, inovar sem qualidade poderá conduzir a organização a um resultado transitório. A convergência entre os conceitos de qualidade e inovação, poderão resultar em benefícios recíprocos no âmbito das organizações.

A gestão da qualidade tornou-se um tópico de extrema importância para qualquer sistema de saúde e constitui uma área bem definida, com o seu corpus teórico próprio e uma grande tradição de estudos empíricos, que teve a sua origem na época industrial. A relevância do conceito talvez resida na capacidade que possui em resumir numa única palavra as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas e permite perceber “se, e como”, funciona um sistema de saúde (DGS, 2023). As organizações têm de se adaptar às constantes mudanças, mantendo a qualidade e, simultaneamente, tornando-se flexíveis, possuindo capacidade de resposta e criatividade, o que significa serem inovadoras (Costa *et al.*, 2013). A inovação é então considerada outro fator crítico para o sucesso, visto ser um aspeto estratégico com capacidade de promover a diferenciação organizacional e vantagens competitivas. Mas, inovar sem qualidade poderá conduzir a organização a um resultado transitório. A convergência entre os conceitos de qualidade e inovação, poderão resultar em benefícios recíprocos no âmbito das organizações.

A qualidade com o objetivo da satisfação do cliente final é o outro lado da inovação, cuja finalidade será criar valor. Em suma, o resultado da implementação de estratégias de qualidade e de inovação vão conduzir à criação de valor e, conseqüentemente, ao incremento da competitividade das organizações. A percepção de que uma boa gestão na saúde reclama a centralidade inequívoca no cidadão e de que o alicerce dessa mesma gestão se situa na prestação dos cuidados de saúde, conduz invariavelmente aos modernos conceitos de *governance* clínica.

A *governance* clínica deve ser um propósito estratégico das unidades de saúde e entendida como a garantia do alinhamento, aos vários níveis do sistema de saúde, em que as decisões sobre estruturas e processos têm como principal alvo o utente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, assegurando cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, eficazes, eficientes, adequados, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema (Campos, 2019).

Consciente da prioridade que deve ser dada à garantia da qualidade e da segurança da prestação de cuidados de saúde, o Ministério da Saúde criou em 2009, no âmbito da Direção-Geral da Saúde, o

Departamento da Qualidade na Saúde com o principal objetivo de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, da qual faz parte integrante o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021; DGS, 2021). Este plano foi alinhado com as orientações internacionais do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021- 2030 e adaptado à realidade nacional, num processo integrador, agregador e relevante para todos os doentes, nos diferentes níveis e setores de cuidados de saúde. Este tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde atuais, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021; DGS, 2021).

1.2. Autocuidado: Um Conceito Central em Enfermagem

1.2.1. Dependência no Autocuidado

Em Portugal os indicadores de saúde, como a esperança de vida aos 65 anos de idade, mostram uma melhoria notável nas últimas décadas. No entanto essas melhorias não foram seguidas ao mesmo ritmo por outras dimensões importantes da saúde, como por exemplo a saúde mental e qualidade de vida após os 65 anos, surgindo como consequência o aumento das limitações funcionais ao nível do autocuidado.

Segundo as projeções do Eurostat, em 2040 Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia. A promoção de um envelhecimento ativo, o manter a mobilidade e atividade física, na perspetiva da capacidade funcional e da qualidade de vida do idoso, é uma condição importante para a manutenção da autonomia e da independência na realização das atividades de vida diária (AVD's), ou seja o conjunto de atividades ou tarefas básicas que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, como alimentar-se, cuidar da higiene, deslocar-se autonomamente, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário; e é parte fundamental para a manutenção da realização de atividades mais exigentes como são as atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) como ir às compras, executar as tarefas domésticas, gerir a medicação, usar o telefone e outros dispositivos tecnológicos, gerir as finanças, utilizar os meios de transporte, entre outras (Comissão Europeia, 2021).

Mas, com o envelhecimento a ocorrência e permanência de sequelas incapacitantes devido à coexistência de comorbilidades, como são as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, pode modificar de forma acentuada a dinâmica da vida da pessoa, tornando-a dependente de outros para as suas AVD's. Desta forma, a manutenção da qualidade de vida da população idosa tem-se revelado um desafio premente, consequência do aumento do número de anos com algum grau de dependência, aliada à necessidade de apoio ou cuidados diferenciados, inerentes ao aumento da esperança média de vida (Ferreira *et al.*, 2022).

A complexidade de cuidados associada ao envelhecimento e evolução de doenças crónicas, com os défices de autocuidado, é então cada vez maior e, a responsabilidade desses cuidados passam na maioria dos casos para os cuidadores informais/família (Schulz *et al.*, 2019). Esta tendência está a ter um impacto significativo na vida quotidiana das pessoas e nas nossas sociedades, na medida em que afeta o crescimento económico, a sustentabilidade orçamental, os cuidados de saúde e os cuidados de longa duração, o bem-estar e a coesão social (Comissão Europeia, 2021).

No entanto, embora a prevalência da dependência aumente com a idade, na realidade ela pode estar presente em qualquer faixa etária. O processo de transição para a dependência é um processo multidimensional e multicausal, que se pode dever a um acontecimento não antecipado, surgindo de forma abrupta ou de forma progressiva, na maioria das situações devido a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (Sequeira, 2010).

Os cuidados à pessoa dependente no autocuidado revestem-se de grande complexidade e intensidade e, a elevada taxa de recorrência de utentes com dependência funcional às urgências hospitalares, com reinternamentos frequentes, reportada pelas instituições, está associada maioritariamente a preparação inadequada para o autocuidado do doente e cuidador informal, antes da alta hospitalar assim como, inadequada monitorização, apoio e articulação com os cuidados na comunidade.

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, técnica e terapêutica. (Couto *et al.*, 2018). O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. A conceptualização do autocuidado foi iniciada por Orem em 1956 e formalmente validada em 1967, através do trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group*. Sendo o autocuidado um conceito central da enfermagem, tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal. O autocuidado é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CPIPE®), como “(...) tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional, lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e, as atividades da vida diária” (CPIPE, 2015). O Autocuidado

refere-se então a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através do recurso a práticas consideradas adequadas.

Quanto ao destino após a alta hospitalar dos doentes dependentes no autocuidado, a maior percentagem destes regressa a casa, outros são referenciados para os serviços de internamento da RNCCI e em menor percentagem são institucionalizados em residências de terceira idade. Os critérios envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar estão, fundamentalmente, focalizados no próprio dependente, no cuidador informal, no próprio contexto da família, na utilização dos recursos da comunidade e ainda, nas respostas dos serviços de saúde e dos seus padrões de assistência. Segundo a Comissão Europeia nove em cada dez europeus preferem cuidados domiciliários ou comunitários em detrimento de cuidados residenciais ou hospitalização (Kouta *et al.*, 2015). Mas, o cuidador não deve confundir a dependência física com a capacidade de tomar decisões, pois a dependência nem sempre está relacionada com a alteração do funcionamento cognitivo e emocional, mas relacionada com a capacidade ou ausência desta, para o desempenho das AVD's (Sequeira, 2010).

A literacia em saúde é fundamental e favorece a autonomia nas tomadas de decisões em questões de saúde. Segundo a OMS, literacia em saúde consiste num conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (DGS, 2019). Atualmente existe forte evidência de que a literacia em saúde contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Esta constitui então uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do SNS, no sentido em que, baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e também, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida (DGS, 2019).

Estamos perante um constructo multidimensional que se relaciona com o grau e o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais das pessoas para melhor acederem, interpretar e avaliarem as informações e o sistema de saúde, possibilitando assim a tomada de decisões fundamentadas para manterem a sua saúde ao longo do seu ciclo de vida. Isto implica também o desenvolvimento de uma relação clínica e de comunicação onde os fatores do contexto e, da linguagem verbal e não verbal utilizados – especialmente pelo profissional de saúde - promovem melhores resultados em saúde (DGS, 2019). Neste contexto, e sendo a literacia em saúde um recurso fundamental para a prevenção e redução dos riscos de diversas doenças não transmissíveis, bem como para a otimização do acesso à saúde e envolvimento dos trabalhadores, a definição de programas e a adoção de estratégias para melhorá-la são emergentes (Dias *et al.*, 2022). Mas a promoção da literacia em saúde da população portuguesa ainda tem um longo caminho pela frente.

1.2.2. Exercício do Papel de Prestador de Cuidados – Cuidador Informal

O termo cuidador informal surgiu relacionado às crescentes necessidades de cuidado, nomeadamente aos idosos. Os cuidados às pessoas dependentes no domicílio são realizados maioritariamente através de apoio informal, nomeadamente por familiares próximos, conjugues, filhos, netos, companheiros, amigos, vizinhos, ou outras pessoas consideradas pelo recetor de cuidados para cumprir esse papel. Definimos “cuidador informal” amplamente como qualquer pessoa que assume um papel de prestação de cuidados geralmente não remunerado e fornece apoio emocional, físico ou prático em resposta a uma doença, deficiência ou necessidade relacionada à idade (Kokorelias *et al.*, 2019; Parmar *et al.*, 2021; Schulz *et al.*, 2019).

Como o número de pessoas que enfrentam doenças crónicas continua a aumentar em todo o mundo, há uma necessidade oportuna de aumentar o reconhecimento dos cuidados prestados pelos cuidadores informais/família (Kokorelias *et al.*, 2019; A. R. Pedrosa *et al.*, 2022). Atualmente, são estes que fornecem 70% a 90% dos cuidados aos dependentes na comunidade que vivem com condições crónicas complexas e de fragilidade (Parmar *et al.*, 2021). Os cuidadores prestam um serviço valioso aos membros da família e à sociedade, mas às vezes com um grande custo para eles próprios (Schulz *et al.*, 2019).

Em Portugal já começaram a ser efetuados esforços para o reconhecimento dos cuidadores informais, com a aprovação do Estatuto de Cuidador Informal pela Assembleia República, em setembro de 2019, mas este ainda exige um longo investimento, nomeadamente em termos de publicações por parte de EEER no que diz respeito a programas de intervenção individualizada a cada cuidador informal/família. A promoção do bem-estar dos cuidadores informais e prevenção de eventuais consequências negativas devem ser asseguradas pelos serviços governamentais e municipais, serviços privados, serviços religiosos, profissionais de saúde, amigos, voluntários e família, como facilitadores da gestão e controlo de casos problemáticos. Para além do elevado respeito que deve existir por estes cuidadores é também fundamental desenvolver medidas que visem colmatar a escassez de apoios técnicos, pecuniários ou outros, a falta de conhecimentos de cuidados de saúde, a gestão ineficiente, as fracas condições de trabalho e promover o reconhecimento do seu trabalho (Nascimento, 2015). Mas para passar de “política, recomendações, padrões e estratégias” para a “prática”, é necessário que os próprios profissionais obtenham competências claras e baseadas em evidências científica, assim como treino para apoiar os cuidadores informais/família (Schulz *et al.*, 2019; Parmar *et al.*, 2021).

O envolvimento dos cuidadores informais pode ser caracterizado de acordo com os vários papéis em que se destacam: prestar cuidados (relacionados com tarefas médicas como gestão terapêutica e tarefas domésticas como cozinhar ou ajudar na deslocação), exercer o papel de advogado do doente

(intercedendo de forma a garantir a satisfação das necessidades e desejos da pessoa dependente, questionar uma decisão médica ou fazer um pedido de recurso), exercer vigilância (através da identificação de sinais e sintomas de alerta), proporcionar conforto (através de um ambiente e experiência agradáveis, que ajudem reduzir a ansiedade da pessoa) e funcionar como tradutor (ajustando a linguagem entre a pessoa e os profissionais de saúde) (A. R. Pedrosa *et al.*, 2022).

Apoiar um membro da família com doença crónica incapacitante pode constituir um grande fator stress, na medida em que tem tendência a ser persistente, estendendo-se por meses e, muitas vezes, anos. É tipicamente imprevisível, muitas vezes incontrolável e, em alguns casos, requer altos níveis de vigilância. Gera desgaste físico e psicológico com poucas oportunidades de adaptação e tem a capacidade de gerar efeitos secundários em múltiplos domínios da vida (Schulz *et al.*, 2019).

Normalmente a progressão de tarefas para o cuidador é cumulativa, como representado na figura 1.1. Com o aumento da dependência e da necessidade de cuidados, o papel do cuidador torna-se mais trabalhoso, prolongado, complexo e cada vez mais gerador de stress e, sem apoio adequado a sua própria saúde e bem-estar podem igualmente ser comprometidos (Kokorelias *et al.*, 2019).

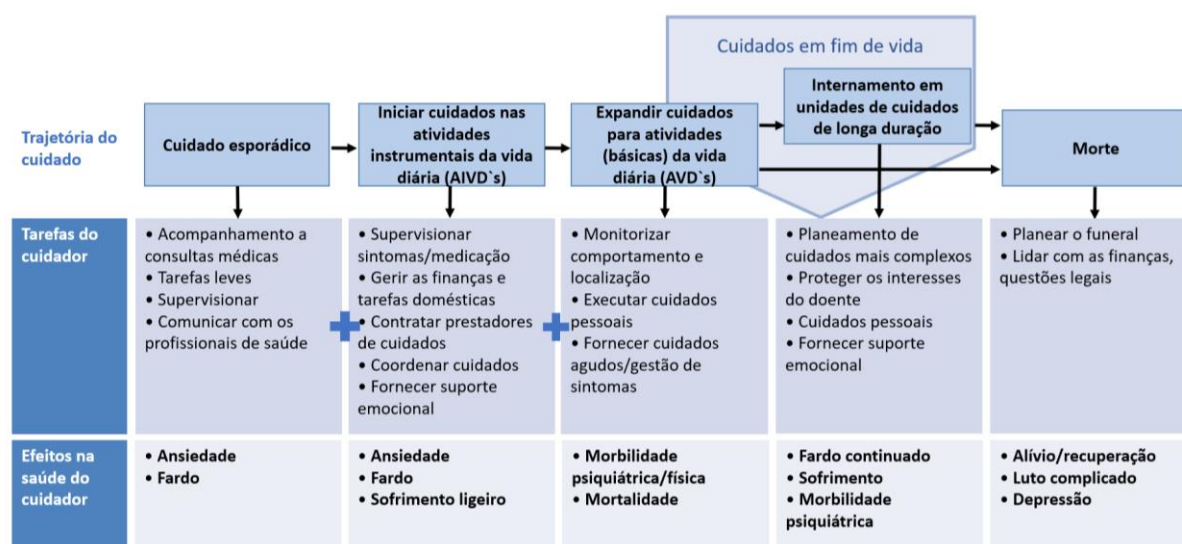


Figura 1.1 Trajetória de Cuidado na Doença Crónica: tarefas do cuidador e efeitos na saúde

Fonte: Adaptado de Schulz *et al.* (2019)

O envolvimento da família nas tarefas de saúde e médicas em casa não é novo, mas tornou-se mais comum e complexo do que no passado (Schulz *et al.*, 2019). Mas, são necessárias orientações para saber cuidar, desde as adaptações necessárias no ambiente para facilitar a vida do doente, até às rotinas do dia-a-dia, como por exemplo a alimentação, medicação e higiene. O empoderamento do cuidador pode auxiliar na redução dos custos com a saúde, melhorar a qualidade de vida do usuário e do cuidador, a sua saúde mental e proporcionar maior satisfação com o cuidado (Dixe *et al.*, 2020). Mas, cuidar pode ser visto para muitos indivíduos como um paradigma de exposição ao stress crónico,

sendo que o suporte contínuo aos cuidadores pode auxiliá-los na tomada de decisões em situações de saúde menos graves e na menor utilização dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde devem reconhecer os cuidadores informais/ família como parceiros no cuidado do dependente, bem como clientes que precisam de apoio para manter seu próprio bem-estar (Kokorelias *et al.*, 2019; Parmar *et al.*, 2021). Além disso, há necessidade de que as parcerias doente/família/profissional respeitem os pontos fortes, culturas e conhecimentos que todos os elementos trazem para o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados (Kokorelias *et al.*, 2019).

Atualmente, o cuidado centrado na pessoa é considerado a melhor prática para melhorar o atendimento, responder às necessidades e valores individuais do utente, garantindo que estes guiam todas as decisões clínicas” (Kokorelias *et al.*, 2019). As estratégias atuais de melhoria da qualidade apontam para o esforço das organizações de saúde, profissionais, doentes e familiares, cuidadores informais, gestores de cuidados de saúde e restantes *stakeholders* no sentido de promoverem o seu envolvimento no processo de mudança centrado no paciente, assim como de fomentarem aprendizagens através da sua experiência. Uma abordagem cada vez mais centralizada no paciente em que é fundamental a sua vivência ao longo de todo o processo de prestação de cuidados (Nascimento, 2015). Esta envolve: reconhecer a individualidade das pessoas em todos os aspetos do cuidado, personalizar o cuidado e o ambiente; oferecendo tomada de decisão compartilhada; interpretar o comportamento do ponto de vista da pessoa; e priorizar os relacionamentos na mesma medida que as tarefas de cuidado (Kokorelias *et al.*, 2019). Os aspetos do cuidado centrado no paciente e na pessoa foram identificados como componente-chave dos modelos de cuidado centrados na família, incluindo o foco nos valores, preferências e necessidades do doente e da família, relacionados às suas próprias circunstâncias e contextos familiares (Kokorelias *et al.*, 2019).

Ao enfermeiro exige-se tão só e apenas que atue junto do familiar como um profissional facilitador da promoção da consciencialização e da aceitação do seu papel; diagnostique necessidades; delineie estratégias que possibilitem a satisfação das necessidades de cuidador no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa doente ou em convalescença, no acompanhamento e desenvolvimento do compromisso que implica o papel de familiar cuidador e no suporte às suas necessidades (Baixinho e Ferreira, 2019).

Esta pode bem ser uma área prioritária para a clínica e a investigação nos cuidados de saúde em prol do desenvolvimento de uma transição do hospital para a comunidade cada vez mais segura, satisfatória para todos os atores envolvidos e, portanto, com qualidade (Baixinho e Ferreira, 2019).

A implementação dessas estratégias exigirá que expandamos o treino dos cuidadores formais dos serviços de saúde e sociais para lhes fornecer as habilidades e ferramentas para realizar esses tipos de

avaliações, bem como novos mecanismos para atender às necessidades de empoderamento e suporte do cuidador, durante todo o processo de desenvolvimento de competências (Schulz *et al.*, 2019).

1.3. Transição dos Cuidados do Hospital para o Domicílio

1.3.1. Transição de Cuidados

A transição de cuidados é um conjunto de processos complexos, que requer uma abordagem multifacetada. A *American Geriatrics Society* define transições de cuidados como um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os doentes se deslocam entre diferentes locais ou níveis de cuidados dentro do mesmo local (Dawda *et al.*, 2016). Os locais representativos incluem (mas não estão limitados a) hospitais, instituições da RNCCI, domicílio do doente e/ou familiares, lares residenciais para idosos.

O cuidado de transição deve ser baseado num plano abrangente de cuidados com informações atualizadas sobre a história clínica e o estado atual do doente (cognitivo e funcional), os objetivos da continuidade de cuidados, suas preferências, educação para a saúde do doente/cuidador/família, questões logísticas, nomeadamente habitacionais, de transporte e, de apoios familiares e de serviços sociais. É fundamental a coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos nos processos de transição como um componente essencial da manutenção do cuidado integral e da segurança do doente, pois podem aumentar a possibilidade de perda de informações clínicas críticas (Byrne *et al.*, 2020; Dawda *et al.*, 2016; Manzano *et al.*, 2023). É importante destacar que o valor fundamental para o funcionamento da continuidade de cuidados é a comunicação, componente que permite o fluxo adequado de dados e avaliações interdisciplinares, possibilitando a abordagem na íntegra do sujeito do cuidado (Manzano *et al.*, 2023).

Os determinantes do local apropriado para a manutenção da continuidade de cuidados adequados envolvem aspetos clínicos, funcionais da patologia do doente e sociais. A condição clínica do doente, potencial de reabilitação, capacidade de tomada de decisão e sistemas de apoio social devem ser tidos em consideração, no momento do planeamento da alta (Manzano *et al.*, 2023) .

O cuidado centrado na pessoa é uma maneira de pensar e fazer as coisas, que vê as pessoas que usam os serviços de saúde e sociais, como parceiros iguais no planeamento, desenvolvimento e monitorização dos cuidados, para garantir que eles respondem às suas necessidades. Isso significa colocar as pessoas e suas famílias no centro das decisões e vê-las como especialistas, trabalhando ao lado de profissionais para obter o melhor resultado (Byrne *et al.*, 2020). Esta estrutura visa melhorar o envolvimento de pessoas e comunidades, fortalecer a governança e a responsabilidade, reorientar o modelo de saúde e coordenar os serviços entre os setores vendo as pessoas como contribuintes importantes e gestores de decisão sobre o seu próprio cuidado (Byrne *et al.*, 2020). Este conceito de

cuidados centrados na pessoa é bem conhecido dos enfermeiros, porém mal definido e operacionalizado na prática. A política dos serviços de saúde e a prestação de cuidados, e mesmo os serviços de enfermagem, precisam de trabalhar no sentido de incorporá-lo na prática e nos modelos de cuidados de forma significativa e genuína (Byrne *et al.*, 2020).

As transições de cuidados são parte integrante do atendimento ao doente e requerem recursos suficientes para garantir uma transição e coordenação de cuidados eficazes. Dar importância à educação para a saúde do doente/cuidador informal/família, além da transferência do cuidado prestado, independentemente do nível, proporciona uma posição fundamental quando se trata de alcançar a melhor abordagem no atendimento ao doente e na contextualização dos cuidados prestados para adesão ao mesmo e melhora na autonomia e satisfação dos doentes quanto ao seu processo saúde-doença (Manzano *et al.*, 2023).

Identificar sistematicamente os doentes com maior probabilidade de correrem o risco de uma transição de cuidados não favorável para este e/ou para a família, permite que os recursos sejam utilizados e direcionados de forma mais específica, evitando transições de cuidados desnecessárias ou inapropriadas (Manzano *et al.*, 2023). No entanto, problemas não clínicos muitas vezes influenciam a decisão de transição de cuidados, por isso é crucial que essas questões sejam consideradas no desenvolvimento de políticas e programas nessa área. Os fatores além dos determinantes clínicos que podem impactar nas transições de cuidados, são: estado cognitivo do doente; estado funcional e nível de autonomia; condições habitacionais (condições de higiene, acessibilidade, localização geográfica, entre outras); disponibilidade de apoio de cuidadores e familiares; capacidade de obter medicamentos e serviços de saúde e apoios sociais; disponibilidade de transporte adequado para manutenção dos cuidados (Dawda *et al.*, 2016).

Assegurar cuidados transicionais é imperativo para aumentar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos profissionais, dos doentes e o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável (R. Pedrosa *et al.*, 2022). Por outro lado, garantir uma transição segura do hospital para a comunidade é uma estratégia adequada para uma política a ser seguida pelos diferentes serviços de saúde, pelas potencialidades na promoção da autonomia e da independência para o autocuidado e na prevenção das readmissões e complicações, tornando a prestação de cuidados de saúde mais favorável do ponto de vista do custo-efetividade (Baixinho e Ferreira, 2019). Como principais implicações nacionais para a gestão do processo importa reforçar a necessidade de uma maior interação entre as estruturas de coordenação dos cuidados continuados, prestadores de cuidados e estruturas regionais e locais, maior agilização na referenciação, incremento de iniciativas fomentadoras de aprendizagem destinadas aos prestadores de cuidados e divulgação de boas práticas, entre outras (Nascimento, 2015).

Então uma abordagem holística e biopsicossocial para os cuidados de transição deve ser culturalmente sensível e envolver a família, cuidadores, sistemas de saúde e comunidade local (R. Pedrosa *et al.*, 2022).

1.3.2. Contextualização da Hospitalização Domiciliária

A Hospitalização Domiciliária (HD) teve início em 1945 com a experiência Americana (Home Care) pelo Dr. Bluestone no Hospital Montefiore em Nova Iorque, após a Segunda Guerra Mundial, de forma a descongestionar o hospital e criar um ambiente psicológico mais favorável para o doente. A primeira unidade na Europa, surge em França em 1957 no Assistance Publique - Hopitaux de Paris e, a partir da década de 60, surgiu na Suíça, na Alemanha, no Reino Unido, no Canadá e em Espanha (Delerue e Correia, 2018; DGS, 2018). A adesão dos hospitais americanos e europeus a esta abordagem tem crescido, pois comprovou-se ser segura, eficaz e, com capacidade de resposta a um grande número de patologias médicas agudas, evitando todos os problemas inerentes ao internamento convencional (Cunha *et al.*, 2017).

A HD é um modelo de assistência hospitalar que se caracteriza pelo internamento de doentes com patologia aguda ou crónica agudizada, e/ou em estadio terminal/paliativo que, transitoriamente necessitem de cuidados e procedimentos de complexidade de nível hospitalar, passível de ser efetuados no domicílio (DGS, 2018).

Existem dois modelos que podem ser adotados em separado. Um, que substitui completamente a admissão no hospital de doentes, sendo estes referenciados diretamente do serviço de urgência e/ou comunidade e, outro que facilita a redução da estadia hospitalar e recruta os doentes nas enfermarias após um período de estabilização clínica inicial (Varney *et al.*, 2014; Delerue e Correia, 2018; Leong *et al.*, 2021). No entanto é frequente a adoção de um modelo misto, isto é, uma combinação em grau variado dos dois modelos referidos, dependente das necessidades do hospital (Delerue e Correia, 2018).

Em Portugal, o Hospital Garcia de Orta foi pioneiro na criação deste conceito com a abertura de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) em 2015 e, ao fim de um ano já tinha uma experiência consolidada com um número crescente de utentes admitidos com patologia médica aguda variada (Cunha *et al.*, 2017; Delerue e Correia, 2018).

Os critérios clínicos, sociais e geográficos definidos para a hospitalização domiciliária são: aceitação voluntária, com a assinatura de um consentimento informado (autorização livre e esclarecida) pelo doente ou pelo seu representante legal; diagnóstico clínico que embora requerendo internamento, apresente estabilidade clínica de acordo com a *legis artis*; situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada), e comorbilidades controláveis no domicílio; existência de um

cuidador, com exceção para o doente autónomo nas atividades de vida; condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas (luz, água e rede de esgotos); existência de telefone ou telemóvel para possibilitar contacto com a equipa de hospitalização domiciliária; e residência localizada a uma distância/tempo considerada de segurança para intervenção da equipa de HD, ou retorno ao hospital, em caso de agravamento da situação clínica (DGS, 2018). Se pelo menos um destes critérios, descritos anteriormente, não for cumprido, o doente não será elegível para hospitalização domiciliária, assim como, em caso de: dependência de substâncias ilícitas, ou dependência alcoólica com consumos ativos; doente com ideação suicida e/ou alterações psíquicas agudas e doenças com risco epidemiológico; incapacidade mental ou física/emocional do doente e do cuidador que condicione a prestação de cuidados necessários (DGS, 2018).

O fluxograma de referenciação exige um diagnóstico claro, a estabilidade clínica e a possibilidade de controlar as comorbilidades no domicílio (Anexo A). Após referenciação, o doente é submetido a uma avaliação em três eixos: médico, enfermagem e assistência social, numa multidisciplinariedade complementar, de forma a garantir a sua elegibilidade para HD (Delerue e Correia, 2018).

No âmbito da HD é definido para cada doente um plano individual de cuidados, é garantido o atendimento disponível 24 horas/dia, todos os dias do ano e, fornecida toda a terapêutica aguda e crónica do doente, assim como, todos os outros materiais de consumo clínico necessários ao plano de cuidados (DGS, 2018). O plano de tratamento individualizado contempla acompanhamento diário e presencial de uma equipa de médico e/ou enfermeiro, numa equivalência total de cuidados face ao internamento a que o doente estaria sujeito num internamento convencional a nível hospitalar, com ganhos de saúde evidentes para o doente e reforço de educação para a saúde aos cuidadores informais/ família.

A unidade de hospitalização domiciliária deve: ser responsável por toda a gestão do processo assistencial desde a admissão até ao encerramento do mesmo, aquando da alta correspondente ao período de internamento domiciliário, ou transferência, ou óbito (Anexo B); ser composta por uma equipa multidisciplinar hospitalar, constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros que se considere necessários; ser dotada de recursos humanos, meios técnicos e logísticos adequados ao desempenho da sua atividade assistencial (DGS, 2018). Deve igualmente garantir o acesso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e articular-se com as demais áreas e serviços assistenciais do hospital, da mesma forma que os doentes internados na tipologia convencional, não podendo prejudicar o doente por se encontrar internado no domicílio em nenhuma circunstância. No caso de modificação da condição clínica, ou qualquer situação que coloque em causa a segurança do doente, ou mesmo por desejo do doente/representante legal fica garantido o acesso direto ao internamento convencional em meio hospitalar (DGS, 2018).

Este modelo de internamento tem apresentado resultados muito positivos ao nível da inovação e da modernização do SNS, revelando-se um modelo potenciador de uma melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, da redução das iatrogenias inerentes ao internamento convencional e da envolvência psicossocial do doente durante o período de internamento, permitindo uma maior humanização dos cuidados, através da participação ativa da família e de outros cuidadores, com ganhos em eficiência e em qualidade (Despacho n.º 9323-A/2018).

Os doentes oncológicos, pelas suas particularidades, nomeadamente o estado de imunossupressão e risco de neutropenia, beneficiam definitivamente desta modalidade, atendendo à potencial diminuição do risco de complicações infecciosas associadas, que moldam negativamente a sua evolução clínica, a libertação de camas hospitalares e a redução dos custos associados, mas também a recuperação/tratamento da doença num local emocionalmente e fisicamente mais revigorante (Xete, 2021).

A continuidade de cuidados também está garantida na medida em que a equipa de hospitalização domiciliária se articula com os demais prestadores de cuidados e de apoio psicossocial da sua área de influência de forma a potenciar uma transição progressiva para os cuidados de saúde primários e /ou para a RNCCI (DGS, 2018).

O cuidar em casa deslocaliza a prestação dos cuidados das instituições para o domicílio, conduzindo assim a uma redefinição dos processos de cuidados e à necessidade de uma estreita colaboração entre os vários intervenientes, é amplamente segura e eficaz para os doentes adequados que requerem cuidados hospitalares, e leva geralmente a resultados clínicos semelhantes ou melhorados, menor tempo de internamento e alta satisfação do doente quando comparado com o atendimento hospitalar (Leong *et al.*, 2021). Outras vantagens referenciadas com este modelo são: a maior disponibilidade dos profissionais para o doente, maior envolvimento do utente e da família, mais educação para a saúde, menor deterioração do estado funcional, melhor articulação com os cuidados de saúde primários e maior satisfação dos profissionais de saúde (Cunha *et al.*, 2017).

Com a HD pretende-se contribuir para um hospital sem muros, garantir mais e melhores acessos aos cuidados de saúde, reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional (como as quedas, as infeções nosocomiais e os quadros confusionais agudos), criar um envolvimento psicológico mais favorável ao doente durante o período de tratamento, e valorizar o papel da família/ cuidador, prevenindo a rejeição, o abandono e a institucionalização (Varney *et al.*, 2014; Delerue e Correia, 2018).

Então, à luz do princípio geral da promoção da qualidade dos cuidados de saúde pelas entidades do SNS e, ainda, numa lógica de otimização da sua gestão, é essencial dar continuidade à estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) nos estabelecimentos hospitalares do SNS, com vista ao alargamento deste modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os

estabelecimentos hospitalares do SNS (Despacho HD, 2019). A pandemia SARS-Cov-2 veio interferir com este plano de expansão, como muitos outros projetos de saúde em Portugal. Mesmo assim, esta modalidade revelou-se de enorme utilidade durante o ano de 2020 e, principalmente, no início de 2021, permitindo o recurso à hospitalização domiciliária de doentes com infeção COVID-19 (*Corona Virus Disease-19*), clinicamente estáveis, mantendo um elevado nível de cuidados a estes doentes e, sobretudo, libertando valiosas camas nos hospitais, sob enorme pressão neste período, possibilitando receber outros doentes mais graves e instáveis, permitindo a redução de custos. (Nortadas *et al.*, 2021; Xete, 2021).

Com a iniciativa da hospitalização domiciliária reforça-se a necessidade da construção da identidade do estatuto do cuidador informal, sendo essencial aprofundar o conhecimento sobre as necessidades e expectativas do cuidador informal mas também constatar todo o efeito na área da articulação e da continuidade de cuidados aos diversos níveis de cuidados e entre as várias unidades dos cuidados de saúde primários, das respostas de serviço social e de outros agentes da comunidade (Dionísio *et al.*, 2019). Atualmente as Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) modernas configuram-se como unidades de cuidados de saúde, de ensino e investigação clínica (Delerue e Correia, 2018).

Em 2019 foi criado o Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), com o intuito de colaborar na formação, uniformização e partilha de conhecimentos entre as várias unidades, pretendendo também promover a investigação na área. Segundo dados do NEHospDom até maio de 2023 são já 36 os hospitais e centros hospitalares do SNS com programas de hospitalização domiciliária a funcionar, num total de 339 camas, o que equivale já à capacidade de um hospital de média dimensão (Anexo C).

1.4. Cuidados de Enfermagem no Domicílio

Pensar em longevidade implica pensar em qualidade de vida. É necessário definir um plano estratégico que promova a colaboração entre os serviços de assistência formais (farmacêutico, psicólogo, nutricionista, assistente social) e a assistência informal - cuidador/família. A coordenação necessária entre os serviços de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários é claramente uma estratégia-chave e cada vez mais essencial devido complexidade das necessidades de cuidados de saúde, à medida que as populações envelhecem e têm um número crescente de comorbidades e fatores de risco associados.

A integração dos cuidados através de uma estreita cooperação e partilha de informações entre profissionais, doentes e os respetivos cuidadores (incluindo cuidadores informais) poderá conter os custos crescentes dos cuidados de saúde e dos cuidados sociais e, simultaneamente, ajudar as pessoas

idosas a manterem a sua independência durante mais tempo e a melhorarem o seu bem-estar (Comissão Europeia, 2021).

A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados constituem duas áreas centrais, fundamentais da enfermagem. O cuidar no domicílio contribui para uma aproximação com a realidade sociocultural de cada família, para observar o quotidiano de cuidados do cuidador principal e para estabelecer uma relação de confiança, o que possibilita diálogos marcados por emoções, desabafos e relatos em que se expressavam as dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades (Couto *et al.*, 2018).

Este é um momento em que as famílias precisam de acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde e, de uma rede de suporte, para que sejam fortalecidos os aspetos positivos da experiência do cuidar e mitigados ou eliminados os aspetos negativos identificados nos seus quotidianos (Couto *et al.*, 2018). Estas mudanças constituem-se como uma oportunidade de construir e de representar conhecimento que sustente novos modelos de exercício profissional, capazes de contribuir para uma transição saudável, não só da pessoa dependente, mas também, do cuidador informal e da própria unidade familiar.

Os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda dos dependentes, a preservar a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e a melhorar a sua autonomia, sendo que este suporte pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o exercício do papel de prestadores de cuidados informais. Estes são detentores de competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ou especializados ao indivíduo, família, grupos e comunidade, quer estes sejam seguidos em internamento, ambulatório ou domicílio e, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (OE, 2015). São o elo que faz a ligação entre o doente e outros profissionais, como por exemplo os médicos, assistente social e, são responsáveis pela coordenação dos cuidados e pelo bem-estar dos seus doentes e cuidadores informais (de Groot *et al.*, 2018; Brenne *et al.*, 2022). Segundo alguns estudos, a autonomia na prestação de cuidados é importante na assistência no domicílio, o facto de programar as suas intervenções e definir prioridades é um aspeto considerado desafiador pelos enfermeiros (de Groot *et al.*, 2018; Brenne *et al.*, 2022).

Um estudo realizado na Noruega “*mindset for nursing practices*” identificou três padrões principais que caracterizam as práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários: “ser vigilante”, “ser polivalente” e “agir de forma autónoma”. O conteúdo e a distinção desses padrões são discutidos por meio de uma estrutura teórica de “linhas mentais clínicas”, em que os enfermeiros demonstraram grande sensibilidade na sua prática, reconheceram qual o foco da sua atenção, adaptaram as suas ações ao contexto e demonstraram a sua independência como profissionais (Brenne *et al.*, 2022).

Estudos sobre práticas de cuidados domiciliários têm demonstrado que o trabalho do enfermeiro é complexo e extenso e, que estes têm um papel significativo na coordenação dos cuidados. Os enfermeiros que prestam cuidados no domicílio podem enfrentar desafios diferentes do ambiente hospitalar, “navegando” em condições de trabalho adaptadas a uma casa mais do que a um local de trabalho, experienciando complexidade e necessidades variadas, esperando-se que trabalhem em condições imprevisíveis, sob pressão de tempo, onde os enfermeiros tentam continuamente distribuir o seu tempo de forma justa (Brenne *et al.*, 2022).

O planeamento e implementação de programas de intervenção de saúde individualizados promove mais competências no autocuidado, no sentido em que ocorre uma maior perceção de autoeficácia e da condição de saúde. A literatura descreve o empoderamento, promovendo o senso de autoeficácia, apoiando a pessoa a ser o mais autogerenciável possível ou ter um nível de autonomia cada vez maior nos seus cuidados (Byrne *et al.*, 2020). A noção de cuidado centrado na pessoa é centralizada na mutualidade e no equilíbrio de poder; uma mudança distinta do modelo biomédico paternalista para um modelo biopsicossocial guiado pela pessoa, e não pelo processo da doença. Para ser centrado na pessoa, o enfermeiro deve reconhecer a pessoa como única, formar parcerias significativas, abrir um espaço no fazer do seu dia para envolver e envolver-se com a pessoa, permitindo-lhe o controlo e o poder dos seus cuidados (Byrne *et al.*, 2020).

No entanto, o desenvolvimento e a prestação de cuidados de saúde e cuidados sociais domiciliários devem alcançar um equilíbrio entre os recursos limitados e as expectativas acrescidas de cuidados individualizados de alta qualidade exigidos atualmente.

Os internamentos hospitalares cada vez mais curtos parecem ser uma tendência global e nos serviços de saúde atuais, o cuidado é muitas vezes centrado no sistema. Ou seja, o cuidado é organizado, financiado e coordenado de forma a atender às necessidades do sistema ou serviço. Entende-se que a fragmentação do sistema tem influência significativa sobre as pessoas que recorrem aos cuidados, em que as pessoas com condições complexas e de longo prazo são mais vulneráveis ao impacto negativo da falta de coordenação e coesão dos cuidados (Byrne *et al.*, 2020).

A prestação de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio são uma realidade complexa e multidimensional, não estando em muitas situações garantida a sua prestação na totalidade, ou de uma forma integral. Mas para que os doentes possam receber cuidados no conforto do seu domicílio, com tranquilidade, a gestão do risco, prevenção de erros e aduentos adversos é uma área a ter em consideração, a qual merece todo o investimento por parte dos profissionais de saúde. A segurança do doente visa prevenir riscos, erros e danos associados aos próprios e suas famílias. A gestão de riscos foi definida como o esforço individual ou organizacional para prevenir incidentes, ou seja, eventos que causam ou podem causar danos desnecessários a um doente (Yoshimatsu & Nakatani, 2020; Yoshimatsu & Nakatani, 2022).

Metade dos pacientes que recebem cuidados domiciliares após a alta apresentam eventos adversos e requerem intervenções para evitá-los, assim os enfermeiros como parte da sua gestão de risco, devem avaliar o nível de compreensão do doente/cuidador/família e em conjunto desenvolver um plano de segurança aceitável e compatível com seu estilo de vida (Yoshimatsu & Nakatani, 2022).

A não adesão ao regime terapêutico é disso um exemplo constituindo um problema que acarreta o aumento significativo da incidência, prevalência de várias patologias, assim como complicações. O conceito de adesão à terapêutica tem variado ao longo do tempo, de acordo com as diferentes perspectivas dos autores, mas relacionado especificamente com a terapêutica farmacológica, é entendido como a utilização dos medicamentos prescritos, respeitando escrupulosamente os horários, a dose e o tempo de tratamento. De uma forma mais geral, a adesão à terapêutica é entendida como o grau em que o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos, mas também pelo seguimento de uma dieta ou pelas mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações do médico ou de outro profissional de saúde (Santos Cruz, 2017).

Na Suíça, no contexto do projeto “Estudo de Segurança de Medicamentos nos Cuidados Domiciliários” foi desenvolvido um instrumento detalhado composto por 20 itens, bem como uma versão curta de 7 itens para avaliar a alfabetização medicamentosa de doentes idosos seguidos em cuidados domiciliários, com o objetivo de otimizar a segurança na gestão do regime terapêutico (Gnägi *et al.*, 2022). Desta forma, uma avaliação direcionada, começando com uma versão curta do MELIA, permite efetuar uma triagem preliminar eficiente e priorizar os doentes para intervenções para otimizar a segurança na gestão da medicação, garantindo ao mesmo tempo sua independência tanto quanto possível (Gnägi *et al.*, 2022). A utilização de instrumentos validados para a avaliação da alfabetização medicamentosa nos cuidados domiciliares pode constituir uma estratégia promotora da priorização e adequação das intervenções a desenvolver direcionadas às reais necessidades, de forma a otimizar a segurança da medicação, garantindo ao mesmo tempo a autonomia na sua gestão, tanto quanto possível. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes é essencial.

1.4.1. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O processo de reabilitação é um processo dinâmico, e compete ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2011; OE, 2015; OE, 2019). Este assume um papel fundamental na formação do doente e cuidador informal, numa intervenção individualizada e objetiva, mobilizando instrumentos que permitam identificar necessidades, resultados e traduzir ganhos em saúde (R. Pedrosa *et al.*, 2022).

A suscetibilidade e vulnerabilidades da pessoa e família em situação de transição são fenómenos do ciclo de vida influenciados por diversos fatores e variáveis, e que podem garantir a adesão ao programa de reabilitação (R. Pedrosa *et al.*, 2022).

A reabilitação deve ser interdisciplinar e orientada para objetivos, não só para aqueles que já necessitam de cuidados mais especializados, mas para todos os que se encontrem em risco de declínio funcional (Hjelle *et al.*, 2017). Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, para que deste modo se possa preservar a autonomia e a autoestima.

A intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (OE, 2019).

Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2019). As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade e junto dos cuidadores desenvolvem-se a vários níveis, nomeadamente na: manutenção de um ambiente seguro, que inclui a identificação de obstáculos e barreiras arquitetónicas estruturais/físicas no domicílio, propondo a eliminação das mesmas de forma a facilitar a adaptação à nova condição de saúde; monitorização da condição da pessoa com limitações, através da utilização de instrumentos de medida que permitam a avaliação do grau de dependência/independência e das dificuldades sentidas na realização das atividades da vida diária; no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis com o programa de reabilitação, bem como no desenvolvimento de estratégias adaptativas e conhecimento do material de apoio existente; consciencialização para a prática do autocuidado, com base numa avaliação individualizada e adaptada a cada caso, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal; capacitação dos cuidadores na realização de cuidados ao doente dependente; e na prevenção do aparecimento de complicações que possam atrasar o processo de reabilitação (OE, 2015; OE, 2019).

Os programas de reabilitação realizados no domicílio, através das intervenções do EEER, contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa/cuidador no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia e com evidentes ganhos em saúde (Faria *et al.*,

2022). Mas a motivação pessoal é um fator determinante no sucesso da recapacitação e reaquisição da autonomia funcional. Segundo um estudo realizado na Noruega com um grupo de participantes num programa de acompanhamento individualizado de intervenção domiciliar precoce e limitada no tempo, com ênfase na reabilitação intensiva - *Reablement*, as forças impulsionadoras destes no processo de reabilitação resultam de uma interação dinâmica entre fatores motivacionais intrínsecos e extrínsecos. A motivação intrínseca baseia-se na força de vontade e responsabilidade da pessoa, e a motivação extrínseca foi expressa por ser fortalecida pelo facto de se encontrarem no ambiente doméstico com as “próprias” pessoas, bem como pela cooperação com a equipa de reabilitação (Hjelle *et al.*, 2017).

A equipa de reabilitação tem um papel importante no encorajamento e apoio às pessoas com dependência a recuperar a confiança na realização de atividades quotidianas, bem como na participação na sociedade. No entanto esse suporte deve ser ajustado aos recursos, confiança e à capacidade da própria pessoa com dependência, incentivando o seu processo de recuperação e motivando a realização das suas próprias atividades (Hjelle *et al.*, 2017).

2. METODOLOGIA

2.1. Método

O método de pesquisa descreve um conjunto flexível de linhas orientadoras que relaciona os paradigmas teóricos com as estratégias de pesquisa e os métodos de recolha do material empírico (Streubert & Carpenter, 2013).

Para desenvolver este projeto foi realizado um estudo de caráter exploratório, centrado num paradigma qualitativo, considerando que esta metodologia é a que melhor se adequa para dar resposta à questão de partida, possibilitando a exploração, identificação e descrição do fenómeno em estudo.

Esta abordagem permite obter perspetivas, pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças dos sujeitos da amostra e permite ao investigador uma proximidade que se pode constituir como uma vantagem, na medida em que a subjetividade possibilita medir a sensibilidade e a intuição na avaliação, o que pode trazer benefícios consideráveis em algumas áreas específicas, como no caso da saúde e permitir analisar o fenómeno de interação entre os sujeitos (Streubert & Carpenter, 2013).

Segundo Aires (2015), citando Colás as diferentes fases do processo de investigação qualitativa não se desencadeiam de forma linear, mas interactivamente, ou seja, em cada momento existe uma estreita relação entre modelo teórico, estratégias de pesquisa, métodos de recolha e análise de informação, avaliação e apresentação dos resultados do projeto de pesquisa.

As experiências dos participantes são os resultados da investigação qualitativa, desta forma é importante que essas experiências sejam relatadas segundo a perspetiva das pessoas que as viveram. A inclusão de citações, comentários e narrativas fornece maior riqueza ao relatório e melhor oportunidade de compreensão da experiência e do contexto em que ocorre (Streubert & Carpenter, 2013).

2.2. Técnicas de Recolha de Dados

Numa primeira etapa e com vista à realização de Benchmarking das unidades de hospitalização domiciliária (UHD), foi efetuado um estudo de campo que se desenvolveu em duas fases. Na primeira fase começou por se efetuar uma pesquisa documental acerca da contextualização das mesmas, em que foram analisados documentos e legislação específica desta área que se está a abordar. Na segunda fase, efetuou-se entrevistas aos coordenadores responsáveis das respetivas UHD, uma do setor público e outra do setor privado, selecionadas para a prossecução do estudo.

A segunda etapa consistiu na realização de entrevistas a enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que prestam cuidados no domicílio, com o objetivo essencialmente de

perceber quais as necessidades identificadas, as percecionadas pelo doente/cuidador/família e, quais as mais valorizadas por parte dos sujeitos dos cuidados.

As entrevistas semiestruturadas também conhecidas como semi-diretivas ou semiabertas realizadas tiveram como base questões predefinidas e agrupadas num guião (Anexo I) e (Anexo II), no entanto no decorrer das mesmas, sempre que se proporcionou foram colocadas outras questões para explorar toda a informação de forma mais livre e espontânea. O desenvolvimento estrutural dos dois guiões das entrevistas realizada aos profissionais foram efetuados com base na revisão da literatura realizada e na experiência pessoal da investigadora. Nas entrevistas semiestruturadas, apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato, estas permitem alguma flexibilidade (Streubert & Carpenter, 2013).

A entrevista compreende o desenvolvimento de uma interação criadora e captadora de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o curso da mesma (Aires, 2015). Esta permite um contacto direto e privilegiado com os participantes, e simultaneamente ter acesso não só à experiência destes como também a sensações, ambiente envolvente e linguagem não-verbal o que contribuiu para enriquecer as informações recolhidas.

A técnica de amostragem selecionada para o estudo é não-probabilística intencional, já que se pretende incluir os coordenadores responsáveis das duas UHD, pública e privada e, enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, incluídos em equipas do SNS e/ou que exerçam a sua atividade de forma independente. Os indivíduos são selecionados para participarem na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse e com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram (Streubert & Carpenter, 2013).

O processo de amostragem teórica, foi definido de acordo com os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros de reabilitação, com experiência de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas dependentes no domicílio. Dada a natureza dos cuidados em HD, optou-se por definir uma amostra variada de EEER com experiência em cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio a nível publico no âmbito de cuidados de saúde primários (equipa de cuidados continuados integrados - ECCI) e de hospitalização domiciliária e, a nível individual privado ou em instituição privada. A amostra só termina quando se alcança o nível de saturação, ou seja, nenhuma informação surge das novas unidades de análise (Aires, 2015). Depois pretende-se fazer uma análise critica e propor uma oportunidade ou mais-valia de melhoria na cadeia de valor da hospitalização domiciliária, com o contributo da enfermagem de reabilitação.

2.4. Técnica de Tratamento de Dados

Segundo Streubert & Carpenter (2013) a análise de dados exige que os investigadores se comprometam profundamente com um processo analítico estruturado para conseguirem compreender o que os dados revelam, e ainda segundo estas autoras citando Basit, constitui um processo dinâmico, intuitivo e criativo de pensamento e teorização.

É importante que os investigadores conheçam, analisem e reflitam criticamente sobre as diferentes possibilidades de técnicas de análise de dados para que, de forma consciente, adequada e ponderada, selecionem aquela que, mediante as suas potencialidades e constrangimentos, permita responder à questão de investigação e promova a produção de conhecimento científico sobre determinado objeto de estudo ou fenómeno observado.

Segundo Bardin (2014) as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise, consiste na fase de organização propriamente dita, e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A segunda fase de exploração do material consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. É nesta fase que são definidas as unidades de registo e as unidades de contexto e que se desenvolvem os processos de codificação e categorização. Finalmente, a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação está relacionada com a forma como os resultados são tratados, no sentido de serem significativos e válidos. Logo, esta é uma fase de análise reflexiva e crítica que conduzirá às interpretações inferenciais (Bardin, 2014). Nesta etapa o investigador passa de uma análise mais descritiva, para uma análise interpretativa, e tendo por base as evidências, começa a considerar algumas explicações, elementos-chave e suas possíveis causas e consequências.

Em relação à caracterização das UHD pública e privada, esta foi efetuada através da interpretação direta da circunstância individual de cada uma delas, com base nas entrevistas realizadas aos coordenadores das mesmas. No caso da análise da experiência dos EEER que prestam cuidados no domicílio, foi atribuído um código a cada participante (P1, P2, P4, P5).

Posteriormente serão apresentados os principais resultados da análise de conteúdo das entrevistas, com as respetivas unidades de contexto, que permitem identificar as categorias e subcategorias encontradas. A representatividade, a abrangência, a homogeneidade e a relevância foram asseguradas na definição das categorias.

2.5. Considerações Éticas

Relativamente às considerações éticas inerentes à investigação qualitativa, os três princípios éticos de autonomia, beneficência e justiça proporcionam um enquadramento organizador da mesma (Streubert & Carpenter, 2013). Apoando o princípio da autonomia a decisão de participação no estudo deve ser voluntária e após obtenção do consentimento informado, ou seja, após o participante receber toda a informação, compreendê-la e decidir livremente se aceita participar no mesmo. Nesse sentido efetuou-se uma declaração de autorização de participação no estudo para obtenção do consentimento do participante (Anexo F). De acordo com o princípio ético da beneficência, os participantes não podem ser lesados, devendo ser garantida a confidencialidade e o seu anonimato. Estes devem ser tratados com dignidade e respeito, cumprindo assim o princípio da justiça.

A tabela 2.1 descreve resumidamente a metodologia de investigação seguida neste estudo como: a questão e método de investigação, o objetivo geral e os específicos que o nortearam, a amostra, assim como os critérios de inclusão dos intervenientes, técnicas de recolha e tratamento de dados e, as questões éticas.

Tabela 2.1 Síntese da Metodologia de Investigação

Questão de Investigação	Quais as melhores práticas que podem constituir uma mais-valia a ser implementada no contexto de uma unidade de hospitalização domiciliária (UHD), nomeadamente com o contributo das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER)?
Objetivo Geral	Propor intervenção de melhoria ao nível da HD, com o contributo da enfermagem de reabilitação, de forma a potencializar as competências do EEER
Objetivos Específicos do Estudo	I) Analisar as práticas em duas UHD, uma do sector público e outra do sector privado; II) Identificar as experiências e analisar o papel do EEER no cuidar no domicílio; III) Identificar oportunidades de melhoria na cadeia de valor da HD especificamente com o contributo da enfermagem de reabilitação
Método de Investigação	- Estudo exploratório de carater qualitativo
População/Amostra do estudo e critérios de inclusão	- Coordenadores de uma UHD Pública e outra Privada - Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados no domicílio a nível do setor publico no âmbito de cuidados de saúde primários, de hospitalização domiciliária e, a nível privado
Técnicas de Recolha de Dados	- Entrevistas realizadas aos coordenadores de duas UHD, pública e privada - Entrevistas realizadas a EEER
Técnicas de Análise de Dados	- Análise de conteúdo
Questões Éticas	- As unidades de saúde foram designadas para este estudo como Unidade de Hospitalização Domiciliária Pública e Unidade de Hospitalização Domiciliária Privada - Participação voluntária nas entrevistas semiestruturadas. - Garantidos o anonimato e a confidencialidade a todos os entrevistados, que aceitaram participar no estudo

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Unidade Hospitalização Domiciliária

A UHD onde se pretende implementar o projeto, pertence a um estabelecimento hospitalar público, geral e altamente diferenciado em tecnologias, do qual não se obteve autorização para a sua divulgação. Esta unidade encontra-se em funcionamento há três anos e meio, tendo acompanhado desde então cerca de 500 doentes em casa, dos 18 aos 100 anos, das mais variadas áreas: da medicina, da cirurgia, doentes paliativos e de obstetrícia, permitindo libertar vagas no internamento e proporcionar maior conforto ao utente/família. Tem capacidade para seguir um máximo de 10 doentes ao mesmo tempo e conta com uma equipa composta em permanência por um médico, quatro enfermeiros de cuidados gerais, uma assistente social, assistentes operacionais, uma coordenadora e de outros profissionais que podem ser contactados em caso de necessidade incluindo farmacêutico, assistente social, nutricionista, incluindo assistência espiritual e religiosa. Nos três anos de atividade, os profissionais da UHD realizaram cerca de 2500 visitas ao domicílio dos doentes por ano e percorreram mais de 50 mil quilómetros. O seu lema é “Cuidamos de si...em sua casa!”

Em relação à prestação de cuidados de enfermagem esta restringe-se aos cuidados gerais, não havendo cuidados especializados de reabilitação, considerando-se uma lacuna, pois os resultados dessa intervenção poderiam trazer inúmeros benefícios, tanto doente, como para o cuidador/família. Os programas de reabilitação realizados no domicílio, através das intervenções do EEER, contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa/cuidador no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia e com evidentes ganhos em saúde, podendo promover a redução dos dias de internamento. Nesta instituição hospitalar exercem funções cerca de 90 EEER, dispersos pelos diferentes serviços assistenciais e considera-se que seria promotor da potencialização dos resultados da HD a inclusão de uma equipa de enfermagem de reabilitação nesta unidade.

3.2. Caracterização de duas Unidades de Hospitalização Domiciliária uma do Setor Público e outra do Privado

A introdução de um novo modelo de atendimento, como é o caso da HD, traz consigo a oportunidade de considerar cuidadosamente quais serão os determinantes para o seu sucesso.

O intuito desta dinâmica de investigação (Benchmarking) centra-se numa análise exploratória que permite estudar o mercado e perceber: qual é o perfil e necessidades dos consumidores de serviços que estas UHD pretendem servir; quais os processos e serviços prestados e as suas condições; auditar a abordagem das ferramentas de marketing utilizadas junto das equipas e população; identificar áreas de sucesso e outras que necessitem de melhoria. A informação é a melhor ferramenta para um gestor. Para poder desenvolver novas soluções e estratégias, é essencial reunir toda informação disponível e

necessária, reconhecer o papel de todos os intervenientes, os constrangimentos e olhar para os problemas como um todo, com conhecimento de causa.

Com base nas entrevistas efetuadas aos coordenadores das UHD pública e privada percebeu-se que estas se regem pelos mesmos princípios e regras de organização e funcionamento, bem como pelos critérios de acesso e de integração dos doentes, previstos pela Estratégia Nacional de Implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) no SNS e o Modelo de Regulamento Interno, criados em 2018 (Despacho n.º 9323-A/2018).

Em relação à dinâmica das UHD estas são semelhantes, diariamente às 8h de 2ª a 6ª é efetuada uma reunião de equipa na qual: são discutidas as admissões, são analisadas as necessidades para o domicílio e é dado o parecer positivo ou negativo para HD; são discutidas as altas de internamento em HD e verificados os respetivos encaminhamentos; analisado cada caso específico que está a ser seguido em HD e efetuado um *breafing* em que se efetua o plano diário das intervenções a realizar. Não são efetuadas admissões ao fim de semana e feriados, e a primeira visita é sempre efetuada pelo médico e enfermeiro no primeiro dia de internamento em HD. Cada visita tem uma duração média de 30-40 min, o que depois é adaptado às necessidades apresentadas em cada situação.

3.2.1. Unidade de Hospitalização Domiciliária Pública

A unidade de hospitalização domiciliária (UHD) do sector público insere-se num hospital público geral, integrado na rede do SNS, o qual apresenta como missão: Prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Em relação à visão, esta instituição situada na região de saúde do Alentejo, pretende afirmar-se na criação de valor através da modernização, com elevado grau de diferenciação tecnológica, eficiência, boa articulação com os outros hospitais da região e com a rede de referência nacional (RNCCI) e com os cuidados de saúde primários (CSP).

Esta instituição rege-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; trabalho de equipa.

A UHD Polivalente pública passou de um modelo de gestão convencional para um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), com um modelo de gestão diferente, que permite autonomia especialmente no que se refere à gestão de equipas e de recursos.

Este CRI é constituído por duas unidades: a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, que iniciou a sua atividade no final de 2020; a Unidade Médica de Dia, que tem uma capacidade para

oito utentes em simultâneo, na qual é possível a realização de diversos procedimentos, entre os quais: administração de hemoderivados, flebotomias, imunoglobulinas, administração de medicação parenteral, toracocenteses, paracenteses, mielogramas, biopsias, punção lombar. A UHD tem como modelo a assistência hospitalar praticada no domicílio do doente por profissionais de saúde do hospital, o qual apresenta grandes vantagens para o próprio doente e para os seus familiares, permitindo um tratamento hospitalar com maior conforto e bem-estar para o utente no seu domicílio. Ambas as unidades têm como objetivo comum, que o doente permaneça o menor tempo possível no hospital.

A equipa é composta por: 4 médicos (3 medicina interna; 1 nefrologista), com horário presencial durante a semana das 8h às 16h e escala de prevenção das 16h às 8h e 24h ao fim de semana e feriados; 5 enfermeiros (2 EEER; 1 enfermeiro especialista em saúde comunitária e 2 enfermeiros generalistas), com horário presencial das 8h às 24h e depois de prevenção das 24h às 8h; e em tempo parcial de acordo com as necessidades, fisioterapeuta; nutricionista; farmacêutico; assistente social; assistente técnica.

Os doentes admitidos em hospitalização domiciliária são oriundos do serviço de urgência, da consulta externa, da consulta em hospital de dia, ou referenciados do centro de saúde. A referenciação é efetuada preferencialmente em formulário próprio existente na intranet, ou pode ser referenciação direta telefonicamente. Depois da referenciação é efetuada uma visita/avaliação ainda no internamento com médico, enfermeiro e assistente social da UHD e, sempre que possível é discutido o caso com a equipa que está a seguir o doente ou que o referenciou.

Para admissão em HD, existem critérios: clínicos, que são avaliados por médico e enfermeiro, para estabelecer se o plano pode ser concretizado em internamento domiciliário; sociais avaliados pela assistente social, se cumpre os critérios mínimos da existência de cuidador (maior dificuldade) e se a casa reúne condições para receber a equipa; geográficos ou seja, se o domicílio se encontra a menos de 30 km ou 30 min do hospital, de acordo com a norma.

3.2.2. Unidade de Hospitalização Domiciliária Privada

A UHD do sector privado encontra-se inserida numa empresa portuguesa, de referência na prestação de cuidados de saúde, que assume, desde a sua origem, um compromisso sério e responsável com os seus clientes, parceiros, fornecedores, com o Estado e com a sociedade em geral. Esta instituição apresenta como missão promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de qualidade e conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor, com base nas plataformas de excelência em talento humano, no serviço e, em operações e sistemas. Como visão pretende ser

líder na prestação de cuidados de saúde de qualidade em Portugal, assumindo-se como parceira para o desenvolvimento do país. Em relação aos valores, estes são considerados como fundamentais para a instituição privada e incluem: respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, desenvolvimento humano, competência, inovação e integridade.

A UHD do hospital privado, está inserida na área dos serviços domiciliários, em estreita ligação e com um circuito montado com os cuidados domiciliários. O objetivo da UHD é o internamento no conforto do domicílio do doente, com prestação de cuidados, rigor e segurança clínica idênticos ao internamento convencional, onde tem ao dispor uma equipa experiente e altamente diferenciada, constituída por médicos de medicina interna e enfermeiros com vasta experiência e competências. A UHD privada é uma unidade com três polos: com 3 equipas em Lisboa; 1 equipa em Almada; e uma equipa no Porto. Estas equipas encontram-se presencialmente de 2f a 6f das 8h às 16h, depois no caso dos médicos a escala de prevenção é das 16h às 8h e de 24h ao fim de semana e feriados; no caso dos enfermeiros, encontram-se presencialmente no turno da tarde até às 23h, e de prevenção das 23h às 8h. Nem todos os doentes são visitados 2 vezes por dia, pois nem sempre existe essa necessidade.

Os doentes admitidos em hospitalização domiciliária, são oriundos do atendimento urgente, da consulta externa, do hospital de dia, dos serviços de internamento, dos serviços domiciliários e por vezes do SNS, ou porque esses hospitais não têm UHD, ou estas não têm vagas, ou porque já foram utentes destas unidades privadas e querem voltar. Para admissão em HD, são utilizados os mesmos critérios do SNS, clínicos, sociais e geográficos. A única nuance, está relacionada com o facto de existirem 4 unidades hospitalares do grupo na região de Lisboa, de onde os doentes são referenciados, logo tem uma cobertura geográfica mais abrangente, sendo que este critério, é que o domicílio tem de estar até 30 minutos de uma destas 4 unidades hospitalares do grupo.

Os cuidados domiciliários que se encontram inseridos com a UHD, na área dos serviços domiciliários, atuam no sentido de dar continuidade aos cuidados hospitalares disponibilizam uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, auxiliares de ação médica, entre outros, constituindo uma oferta de acordo com as necessidades específicas de cada cliente. De entre os serviços ao domicílio, incluem-se: cuidados a idosos, cuidados pós cirúrgicos, cuidados paliativos (pode envolver acompanhamento até 24 horas por dia, auxílio ao nível da higiene, alimentação, estimulação cognitiva, deslocação, prevenção de quedas, fisioterapia, consulta de psicologia, entre outros.; cuidados materno-infantis;; reabilitação; consultas de medicina geral e familiar; medicina dentária; consultas de psicologia; acompanhamento medicalizado em viagens nacionais e internacionais.

O grupo privado tem associada uma empresa responsável pela formação, ensino e investigação do grupo e de outras entidades externas que a ela recorram, contribuindo para a valorização do conhecimento, reforço e recertificação de competências dos seus profissionais e da sua prática clínica,

impactando na qualidade dos cuidados prestados e respetivos *outcomes*. O centro de investigação tem como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento científico, tanto na captação e realização de ensaios clínicos, como no acompanhamento de projetos de investigação de iniciativa do investigador. A aposta na investigação é fundamental na prestação de cuidados de saúde de excelência, de forma segura e efetiva.

3.3. Análise das Entrevistas aos Coordenadores das UHD

Da análise de conteúdo emergiram 2 categorias e 6 subcategorias apresentadas na tabela 3. 1.. As categorias são: transição de cuidados para o domicílio em contexto de hospitalização domiciliária e promoção da manutenção da continuidade dos cuidados. As subcategorias: Necessidades identificadas do doente/cuidador informal; Dificuldades sentidas ao prestar cuidados no domicílio; Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família Intervenção do EEER no domicílio; Articulação com outros serviços; Possíveis áreas de intervenção.

Tabela 3.1 Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Coordenadores das Unidades de Hospitalização Domiciliária

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Unidade de Hospitalização Domiciliária Pública	Unidade de Hospitalização Domiciliária Privada
Transição de Cuidados para o Domicílio em Contexto de HD	-Necessidades identificadas do doente/cuidador informal	Em relação às principais necessidades no contacto com o doente/cuidador informal, foi referida: a gestão da medicação, “deparamo-nos com muitas situações que não esperávamos ou desconhecíamos, nomeadamente sacos cheios de medicação em que é visível a necessidade de auxílio na gestão terapêutica”; conhecimentos relacionados com os dispositivos médicos que são deixados no domicílio (por exemplo bombas infusoras); informação, os doentes e familiares são muito mais exigentes em relação a todas as informações relacionadas com o diagnóstico, realização de exames e evolução da doença “Questionam tudo”; literacia em saúde. Por vezes o sentimento em relação à HD é de que “querem descartar-se das pessoas do hospital e despejarem-nas no domicílio”, existe a necessidade de explicar quais os objetivos e vantagens, e “muitas vezes temos pessoas idosas a cuidarem de outras pessoas idosas, com uma grande necessidade de capacitação para o cuidar.”	Em relação às principais necessidades identificadas no doente/cuidador informal, foram referidas: as necessidades de tratamento da sua situação clínica, pois são doentes em internamento; gestão das expectativas, “das ansiedades muito mais presente do que no internamento convencional, porque estamos na casa dos doentes”; necessidade de reconhecimento dos sinais de alarme; necessidades de literacia em saúde; acompanhamento na área da gestão terapêutica.
	- Dificuldades sentidas ao prestar cuidados no domicílio	Relativamente às maiores dificuldades com que se deparam ao prestar cuidados no domicílio, foi referido que “são muitas”, “é uma realidade completamente diferente”, “principalmente o ambiente não controlado, em que é necessário recorrer frequentemente ao imprevisto”. Também em relação aos profissionais, por exemplo quando é requerida uma observação por alguma especialidade, ainda existe uma grande relutância em relação ao facto de se sair das quatro paredes e do ambiente controlado do hospital e “o receio da falta de controlo da evolução das situações clínicas à distância.”	Relativamente às maiores dificuldades com que se deparam ao prestar cuidados no domicílio, foi referido que são a “gestão das expectativas”, pois “maioritariamente são doentes idosos, com várias comorbilidades e com já algum grau de dependência”, “desajustamento do espaço físico” e constrangimentos na gestão da necessidade de avaliação por outras especialidades em que o doente tem de se deslocar às unidades hospitalares.
	- Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família	Das intervenções efetuadas o que é mais valorizado por parte do doente/cuidador informal/família é a disponibilidade da equipa, “muitas vezes ao início, desconfiam se terão a visita diária, ou se alguém irá atender o telefone, mas normalmente,	Das intervenções efetuadas o que é mais valorizado por parte do doente/cuidador informal/família são: dedicação, mais empatia, maior proximidade e maior humanização dos cuidados.

		ao fim de pouco tempo, percebem o funcionamento e ficam muito agradados.”	
	- Intervenção do EEER no domicílio	O plano de reabilitação é efetuado em complementaridade entre o EEER e o fisioterapeuta. Mas, “o EEER está francamente desaproveitado porque os rácios doente/enfermeiro não permitem que haja uma maior dedicação destes enfermeiros à reabilitação”, devido ao elevado fluxo de carga de trabalho no turno da manhã, estes estão por questões de tempo e de escassez de recursos humanos, apenas restringidos à prestação de cuidados gerais. No turno da tarde, têm oportunidade de atuar mais especificamente em algumas áreas de reabilitação. Mas “penso que a experiência destes enfermeiros na equipa é fundamental, não só nos ensinos, como também na experiência clínica prévia que nos ajuda a identificar situações em que temos de atuar de forma diferente.”	Em contexto de cuidados domiciliários existem EEER que fazem visitas para prestarem cuidados no âmbito da sua especialidade, e que são solicitados nesse sentido. Em contexto de HD quando necessário também são efetuadas estas visitas extra de cuidados reabilitação, com grande benefício essencialmente em doentes com doença pulmonar crónica e doentes que já têm de base doença neurológica, agravada com processos infecciosos. É denominada a visita de enfermeiro perito, e neste contexto existe um trabalho de cooperação e parceria com a fisioterapia.
Promoção da Manutenção da Continuidade dos Cuidados	- Articulação com outros serviços	Em relação à necessidade de articulação de cuidados após a alta de HD esta funciona da mesma forma que o internamento convencional. Depois, sempre que possível, fazemos a ponte com as várias unidades dos cuidados de saúde primários ou da RNCCI, nomeadamente de cuidados paliativos e ECCL, tentando que a última visita da equipa de HD coincida com a primeira visita destas mesmas unidades. Cerca de 70% dos doentes continuam a ser seguidos pela equipa, pois ou já eram ou passam a ser seguidos em hospital de dia, e em muitos casos são doenças crónicas, que necessitam de intervenções específicas da HD periodicamente, com vários internamentos nesta modalidade.	Em termos de referenciação após internamento em HD, “os cuidados domiciliários, constituem-se como uma espécie de cuidados continuados”, que inclui visita de enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, consulta médica ao domicílio, auxiliares cuidadores, ou acompanhamento de enfermagem mais personalizado. A HD e os cuidados domiciliários, “são dois serviços estão interligados, com um circuito montado”. Sempre que necessário também se faz a articulação com o médico de família e este é que irá fazer a referenciação para a RNCCI Após a alta de HD, os doentes são sempre encaminhados para o seu médico assistente, ou aconselhamos consulta domiciliária quando estes estão a ser seguidos em contexto de serviço domiciliário. Atualmente, iniciou-se um projeto de contacto telefónico de <i>follow up</i> de enfermagem, uma semana após a alta da HD, para saber como está a situação.
	- Possíveis áreas de intervenção	Em termos de projetos de melhoria, considera-se que as novas tecnologias e a telemonitorização fazem parte do futuro e permitirão um maior controlo por parte das equipas de saúde pela transmissão em tempo real da situação clínica do doente e possibilidade de intervenção mais rápida e eficaz, por outro lado, darão uma maior confiança e tranquilidade ao doente e cuidador.	Em termos de projetos de melhoria, considera-se que as novas tecnologias como a telemonitorização, teleconsulta de outras especialidades seriam um grande ponto a favor da melhoria dos serviços prestados em termos de HD.

3.3.1. Análise Crítica das Unidades de Hospitalização Domiciliária

O benchmarking estimula uma unidade de saúde a melhorar desempenho e a alterar uma cultura de estagnação para uma cultura de desenvolvimento e aprendizagem, devendo ser reconhecido como um catalisador para alcançar melhoria contínua e inovações.

Em relação à gestão das UHD, a pública baseia-se num modelo o que lhe confere maior autonomia em termos de coordenação de recursos. A implementação de CRI em áreas clínicas habitualmente revelam um incremento positivo em termos de desempenho hospitalar ao nível da eficiência, qualidade, equilíbrio financeiro, no acesso e na produção. Um dos aspetos inovadores implementados com a criação dos CRI nas instituições hospitalares públicas tem a ver com a atribuição de incentivos assentes em objetivos a atingir pelos profissionais, que estão diretamente dependentes da atividade realizada, dos níveis de produtividade e qualidade dos resultados obtidos. A existência de uma equipa dedicada e a atribuição de incentivos pelo desempenho promove um maior compromisso com os objetivos estabelecidos e os cuidados centrados no doente, pode condicionar a retenção dos profissionais no SNS, a resposta a necessidades não satisfeitas da população e o aumento da competitividade interna, gerando externalidades positivas. As lideranças e o trabalho em equipa (em rede) são fatores críticos para o sucesso, a ter em consideração.

Em relação aos critérios de admissão em HD, o facto da UHD privada ter uma maior área de abrangência devido à existência de 4 unidades hospitalares do grupo e, ter possibilidade de receber doentes oriundos de outros hospitais do SNS é uma mais-valia.

As dinâmicas diárias são semelhantes nas duas UHD analisadas, apenas salientando que na UHD privada teve início um projeto de consulta telefónica de *follow up* de enfermagem, uma semana após a alta da HD, para saber como está a situação, o que constitui uma mais-valia em termos acompanhamento da situação clínica do doente. No entanto, em ambas as UHD, são efetuados encaminhamentos para consultas médicas após a alta de HD.

Em relação à reabilitação esta não é efetuada de forma consistente em nenhuma das UHD, sendo que na UHD pública as competências do EEER estão subaproveitadas e na UHD privada existe a possibilidade de adquirir os seus serviços se solicitado e perante pagamento extra.

A articulação de cuidados em contexto de planeamento de alta de HD, no caso da UHD pública está sujeita aos mesmos constrangimentos que o internamento convencional; no caso da UHD privada é possível a manutenção de cuidados em regime de serviços domiciliários, com os constrangimentos económicos associados.

Em relação às principais necessidades identificadas no contacto com o doente/cuidador informal, elas prendem-se essencialmente com a necessidades de informação sobre a modalidade de HD e toda

a situação clínica do doente, capacitação para o cuidar, gestão do regime terapêutico e gestão das expectativas, estando estas concordantes com a literatura.

Em relação ao mais valorizado por parte dos utentes da HD, em ambos os casos e concordante com a revisão da literatura é a disponibilidade, dedicação, maior proximidade, mais empatia e maior humanização dos cuidados.

As maiores dificuldades referidas: ambiente não controlado, relutância de alguns profissionais em relação à HD, burocracias institucionais.

As novas tecnologias, a telemonitorização e a teleconsulta por exemplo de especialidades clínicas, foram referidas por ambos os responsáveis das UHD, como um futuro promissor nesta área, na medida em que permitirão um maior controlo por parte das equipas de saúde pela transmissão em tempo real da situação clínica do doente e possibilidade de intervenção mais rápida e eficaz, por outro lado, permitirão dar maior confiança e tranquilidade ao doente e cuidador.

O grupo privado tem associado uma empresa responsável pela formação e investigação, apostando na constante atualização dos seus profissionais o que vai permite colocar ao serviço dos clientes terapêuticas e/ou dispositivos altamente diferenciadores.

Uma maior divulgação do *modus operandi* das UHD junto de todos profissionais de saúde e da comunidade poderá potencializar esta modalidade de internamento contribuindo para o seu plano de expansão, tanto ao nível do SNS como a nível privado, fazer um tipo de Marketing institucional. Este conhecimento permitirá fazer um planeamento, desenvolver novas estratégias e habilidades introduzindo alguma inovação, que acrescente valor às UHD, de forma a gerar alguma vantagem competitiva.

3.4. Análise das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

De acordo com os critérios definidos, o estudo desenvolveu-se através da participação de cinco enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, com idades compreendidas entre os 35 e os 58 anos (representando uma idade média de 42 anos), sendo maioritariamente do sexo masculino (60%). Todos os participantes tinham uma experiência profissional superior a 16 anos, três dos participantes desempenham funções numa unidade hospitalar e prestam cuidados especializados em reabilitação a nível privado, dois a nível do setor público, um numa UHD e outro a nível de cuidados de saúde primários (CSP), numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

Da análise de conteúdo emergiram 3 categorias, sendo: transição de cuidados para o domicílio, intervenção do EEER no domicílio, promoção da manutenção da continuidade dos cuidados e 12

subcategorias apresentadas na tabela 3.3 e mais detalhadamente com as unidades de contexto apresentadas em anexo (Anexo F).

Tabela 3.2 Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 - Transição de Cuidados para o Domicílio	1.1 - Identificação de necessidades 1.2 - Necessidades do doente/cuidador informal 1.3 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros 1.4 - Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família
2 - Intervenção do EEER no Domicílio	2.1 - Planeamento das intervenções 2.2 - Ganhos para o doente 2.3 - Ganhos para o cuidador informal/ família 2.4 - Ganhos para a equipa de saúde 2.5 - Implicações a nível pessoal e emocional
3 - Promoção da Manutenção da Continuidade dos Cuidados	3.1 - Articulação com outros serviços 3.2 - Possíveis áreas de intervenção 3.3 - Implementação de sessões de grupo

i) Na categoria 1 – transição de cuidados para o domicílio foram definidas quatro subcategorias: Como é efetuada a identificação das necessidades; Quais as necessidades identificadas pelo EEER; Dificuldades sentidas pelos enfermeiros; Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família.

Na subcategoria 1.1 – Como é efetuada a identificação das necessidades do doente/cuidador informal/família segundo os participantes entrevistados esta é efetuada essencialmente com base no que foi avaliado aquando da visita domiciliária, tendo sido referido que” (...) a perceção do doente é de que não tem necessidades” ele sente “que está a fazer tudo bem e, que tem todos os recursos disponíveis” (P3, P4, P5) logo “(...) em termos da reabilitação só podemos fazer se o doente quiser e, é importante percebermos isso e, é necessário fazê-lo perceber a necessidade e importância da reabilitação (P4). Foi referido que “às vezes há um familiar ou outro, que perante um episódio de descompensação respiratória solicita se há possibilidade de se fazer alguma coisa relativamente a essa alteração e à drenagem de secreções (...) mas o doente propriamente dito (...) não tem essa consciência” (P4). Mas a realidade é “que ainda não há uma grande perceção para o exterior do que é a enfermagem de reabilitação, do que ela pode promover e quais os seus benefícios” (P4).

Na subcategoria 1.2 – Necessidades identificadas pelo EEER estas são concordantes com a literatura, sendo a mais premente a necessidade de informação e ensinamentos ao cuidador informal, também referida por todos os participantes. O “restabelecimento da saúde afetada e da autonomia do doente” (P1) é sem dúvida o principal objetivo, no entanto, quando tal não é possível, o que se pretende é atrasar o declínio funcional o mais possível. “De uma forma geral é necessária reeducação funcional motora, com a realização de mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas” (P3), “mobilização no leito, técnica de transferência, treino de marcha, de alguns exercícios para dar

continuidade ao programa delineado” e “promover a autonomia nas diferentes atividades de vida” (P2). No caso do banho (...) ensino sobre a entrada do doente na banheira com cadeira rotativa” (P4). “Nos casos de reeducação funcional respiratória, sobretudo na mobilização e ajuda a expelir secreções. O cuidador quer aprender para poder realizar nos dias que o enfermeiro não vai, mas a maior parte dos cuidadores tem receio de realizar” (P3), por exemplo a aspiração de secreções” (P5). “Já identificámos questões de deglutição comprometida em que fizemos ensino sobre o espessante e a adequação da consistência da alimentação” (P4). A adaptação do domicílio é igualmente uma necessidade identificada na maioria das situações e foram também referidas necessidades a nível emocional e de incentivo psicológico do doente. Em relação aos recursos frequentemente necessários são eles: “cama articulada, colchão anti escaras, cadeira de rodas, aspirador de secreções, cadeira de banho assistido” (P5), sempre com necessidades de ensinamentos associados.

Na subcategoria 1.3 – Dificuldades sentidas pelos enfermeiros foram identificadas múltiplas desde: a) dificuldades de acessos ao domicílio, como “deslocações em locais ingremes, cães soltos” (P1); condições habitacionais como, barreiras arquitetónicas, divisões pequenas com falta de espaço para trabalhar, mobiliário mal distribuído (P1,P2,P3,P4), por vezes há necessidade de alterar a disposição do mobiliário “(...) um doente com alguma desorientação (...) tive que dispor o quarto de outra forma, tive que arrastar a cama toda para o pé da parede de forma a limitar ao máximo os espaços de saída, retirámos tapetes, ou seja, despertamos as pessoas para os riscos do domicílio (...) por exemplo os móveis com saliências bicudas, aconselhamos a colocar umas borrachas para proteção, no caso de doentes com desequilíbrio na marcha (P4).” Depois temos o problema das cadeiras de rodas. As casas não estão preparadas para cadeiras de rodas, uma cadeira de rodas não faz um angulo de 360º na maioria das casas de banho e, algumas nem passam nas portas. Tivemos um senhor que adaptou uma cadeira de cozinha, colocou quatro rodas e fez uma cadeira de rodas para a esposa (...)e resultou”(P4); b) logística de materiais “não possuímos os materiais que temos no hospital, muitas vezes temos de improvisar (...) por exemplo os alteadores de sanitas, alteres, andarilhos, não temos nenhum tipo de ajudas técnicas (...) os improvisos passam por cabos de vassoura, cabos de esfregonas, sacos de arroz para fazer pressão diafragmática” (...) Temos tido muitos doentes com pneumonias e com necessidade de fazer oxigenoterapia no domicílio e sem cama articulada, com necessidade de manter a cabeceira elevada para a pessoa respirar melhor, temos de improvisar com colchas e cobertores, fazemos uns rolos, colocamos por baixo do colchão e resolvemos o problema (P4); c) falta de envolvimento e colaboração do cuidador por várias razões como fraca “capacidade física para colaborar no processo de reabilitação” (P2), “o desinteresse de alguns cuidadores em serem envolvidos nos cuidados” (P1) e, “a família muitas vezes não aceita tudo o que nós dizemos que deve ser feito. Por exemplo (...) um doente que eu seguia para fazer o levante, eu explicava à esposa que este deveria utilizar uma roupa confortável, de preferência que não fosse apertada e de algodão, para

promover conforto e facilitar as abordagens, como as transferências e posicionamentos enquanto sentado, para ir aliviando algumas zonas de pressão. O senhor não era obeso, mas era um homem muito grande e muito pesado, mas a esposa fazia questão que o senhor estivesse, com calças de fazenda, além da fralda que tinha mesmo que usar, com um cinto, camisa e gravata, o que dificultava toda a prestação de cuidados. E, portanto, o que aconteceu foi que o senhor morreu com umas escaras de decúbito brutais na sagrada” (P5). Enquanto, que “no hospital respeitando a opinião do doente/família acabamos por fazer aquilo que consideramos que é necessário e a família acaba por aceitar. Em casa como a família está a pagar um serviço quer que façamos à sua maneira e consoante a sua vontade e, por vezes sentes que conseguirias fazer muito mais por aquela pessoa e não te é permitido” (P5); d) a verificação do cumprimento do plano instituído é também referida como uma dificuldade “fazemos o ensino e validamos no momento, mas nada nos garante que ele continua a fazer. Nós dizemos olhe vá fazendo isto três vezes ou quatro vezes ao dia, mas depois não há um acompanhamento e uma verificação (P4); e) “Dificuldades económicas para adquirir alguns materiais e dispositivos/utensílios” adequados para a reabilitação (P3).

Na subcategoria 1.4 – Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família estas são essencialmente ao nível da promoção da autonomia e reeducação funcional motora, “é o levantar da cama para um cadeirão (...) a recuperação da marcha ou, o facto de poderem andar apenas com ajuda do cuidador ou, com um dispositivo como por exemplo o andarilho” (P1, P2, P3, P4). “No leito as mobilizações para evitar anquilose e dor, a alternância de decúbitos, a realização de uma higiene, também o comer sozinho, se necessário com os utensílios adaptáveis” (P1, P2, P3, P4). A reeducação funcional respiratória (RFR), com promoção da melhoria do quadro respiratório, com aumento da tolerância ao esforço, ficar a respirar melhor sem recurso a oxigénio ou potenciar a sua redução, foi referida por todos os participantes. O apoio 24horas/dia: (...) “damos o número de prevenção que o doente pode ligar sempre que tiver alguma dificuldade ou dúvida, o que lhes dizemos é que deve funcionar como se fosse a campainha do hospital. Mas o que nós verificamos muitas vezes é que ocorrem situações e as pessoas não ligam, pois referem que não quiseram estar a incomodar. Por exemplo situações como: o doente teve um acesso de tosse, dessaturou e teve dificuldade em recuperar; ou a caixa da medicação caiu e os medicamentos misturaram-se todos e, o que é que a pessoa fez? Juntou os comprimidinhos todos guardou em cima da mesa e esperou que nós lá voltássemos no dia seguinte. E o doente não fez as tomas todas da medicação, como deveria. Em HD, no turno da tarde só nos deslocamos a casa do doente internado se o colega que lá foi de manhã entende, ou por indicação médica, ou porque o doente tem medicação endovenosa, caso contrário não vamos (P4). No caso de outro EEER que presta cuidados de reabilitação a nível privado, a esposa numa situação de urgência, ligava primeiro para o enfermeiro e pedia para lá ir depressa e só de seguida ia ligar ao INEM, mas sentia necessidade de ter lá o EEER para a apoiar (P5). O apoio emocional

é muito requerido, a necessidade de conversar e relatar o dia a dia da pessoa cuidada, também no sentido de validação do que foi efetuado ou do que poderia ser efetuado de maneira diferente (P5).

ii) Na categoria 2 – intervenção do EEER no domicílio foram definidas quatro subcategorias: Planeamento das intervenções; Ganhos para o doente; Ganhos para o cuidador informal/ família; Ganhos para a equipa de saúde; Implicações a nível pessoal e emocional.

Na subcategoria 2.1 – Planeamento das intervenções, aqui os relatos divergem um pouco, sendo que inicialmente o planeamento das intervenções é efetuado de uma forma geral, pelo enfermeiro “até porque no início o doente/cuidador (...) considera que o enfermeiro de reabilitação é soberano e é pleno do conhecimento, com o passar do tempo é desmistificado essa perceção” (P3), depois discutido com a restante equipa (quando esta situação se aplica) e, numa fase posterior é definido em conjunto com o doente e cuidador. Em alguns casos inicialmente o planeamento é definido pelo enfermeiro, mas depois e no caso da família estar a pagar o serviço e estando no seu ambiente, quer que seja feito à sua maneira (P5).

Na subcategoria 2.2 – Ganhos para o doente, todos os participantes são unânimes em afirmar que um programa de reabilitação efetuado no domicílio constitui uma mais-valia pois, o facto de “o utente poder recuperar no seu ambiente é mais produtivo, pois está mais motivado” (P1, P2), possibilita a “diminuição de riscos ao minimizar ou eliminar as barreiras do domicílio” (P1, P2, P3, P4), “ele acaba por trabalhar com objetos que conhece na íntegra e com os quais vai trabalhar para sempre, portanto não mudamos os corredores, não se muda a cama é tudo igual (...) e promovemos bastante mais a autonomia” (P4). Podemos aconselhar os dispositivos que mais se adaptam à realidade do domicílio “por exemplo no hospital ele treina a marcha com uma pirâmide, mas depois compra umas canadianas e a base de sustentação é completamente diferente e vai precisar de se adaptar ao novo dispositivo” (P4), “além de não ter os constrangimentos das deslocações” (P2).

Na subcategoria 2.3 – Ganhos para o cuidador informal/ família, “as famílias têm muito medo de efetuar determinadas técnicas mais medicalizadas sem acompanhamento dos profissionais de saúde” (P5), por exemplo “era efetuado ensino em relação ao aspirador de secreções, mas mesmo assim a esposa gostava que eu estivesse presente na altura de alimentar o marido, para se ele se engasgasse e houvesse necessidade de o aspirar eu estar ali ao lado” (P5).

Na subcategoria 2.4 – Ganhos para a equipa de saúde, o EEER funciona como “coordenador do caso, no ensino, vigilância e orientação dos cuidados realizados e articulação com a fisioterapia (em que complementam o plano de intervenção), médico, nutricionista, assistente social” (P5), e com a possibilidade de “treino de habilidades em contexto real” (P3). Embora que para a concretização de um plano de reabilitação integral “seja necessário o envolvimento e empenho de uma equipa multidisciplinar, com o doente/cuidador informal/família” (P5).

Na subcategoria 2.5 – Envolvimento pessoal e emocional do profissional, este foi visível ao longo das entrevistas por expressão faciais e pela forma como eram relatadas as situações vivenciadas, assim como os ganhos em saúde conquistados “posso dizer que não se atingiu uma mais-valia a 100%, mas no geral penso ter concretizado os objetivos definidos a uns 80%, o que já é muito gratificante” (P3). Outra situação relatada com grande tristeza: “ver aquele senhor a decair dia para dia causou-me um grande sofrimento, pois com tantas possibilidades económicas, e ele tinha todo o tipo de apoio, mas tinha uma mulher que queria que aquilo fosse à maneira dela e não aceitava as nossas orientações” (...) “Era um doente com alzheimer que progressivamente foi perdendo as suas capacidades cognitivas e funcionais, e na minha opinião se a esposa tivesse aceitado as nossas orientações ele ainda poderia estar vivo ou pelo menos teria tido uma morte mais digna” (P5).

iii) Na categoria 3 – Promoção da Manutenção da Continuidade dos Cuidados foram definidas três subcategorias:

Articulação com outros serviços; Áreas de maior necessidade de intervenção; Implementação de sessões de grupo.

Na subcategoria 3.1 – Articulação com outros serviços, todos os participantes tiveram necessidade de fazer contactos com outros profissionais ou serviços da comunidade, nomeadamente: “articulação com os enfermeiros do centro de saúde que iam realizar os pensos, com as ajudantes técnicas que iam prestar os cuidados de higiene e fazer as transferências e, com todas as especialidades a nível hospitalar, consideradas necessárias, nomeadamente pneumologia e gastroenterologia” (P5). Também quando necessário são efetuados contactos de forma a adaptar o domicílio às necessidades apresentadas pelas famílias, (...) “era um casal de idosos, em que a senhora já tinha alguma limitação na locomoção, utilizava um andador dinâmico e não conseguia entrar na banheira. Então nós conseguimos junto da assistente social e da comunidade que fossem efetuadas obras ali em casa para retirar a banheira e colocar uma base de duche. O doente que estávamos a seguir era o senhor. Mas identificámos aquele problema e conseguimos solucionar” (P3).

Na subcategoria 3.2 – Áreas de maior necessidade de intervenção, houve um consenso entre todos os participantes, “educação para a saúde, a nível de ensino e formação do cuidador e dos outros apoios da comunidade (assistentes cuidadoras) e, promover apoio emocional e psicológico.” “A identificação das necessidades, estabelecer um plano exequível se possível com o doente/família, tendo em conta os recursos económicos”(…) se possível envolver não só a uma pessoa, o cuidador principal, mas tentar envolver outros membros da família, vizinhos ou amigos; disponibilizarmos o contacto telefónico para esclarecer qualquer dúvida, e fazer o controlo da situação; além das visitas efetuadas, fazer contactos telefónicos para perceber se está tudo a correr bem; reconhecer os recursos da comunidade e estabelecer as articulações necessárias por exemplo com o centro de saúde e efetuar as sinalizações necessárias” (P5). “Tornar o cuidador um parceiro ativo e motivado na reabilitação do

seu utente, com ensinios e treino pois sem a sua colaboração não pode haver continuidade do trabalho realizado” (P2).

Na subcategoria 3.3 – Implementação de sessões de grupo, foi consensual entre todos os participantes que estas poderiam ter um impacto positivo, por constituírem “uma opção de formação teórica sobre conceitos e intervenções” (...) “favorecer partilha entre cuidadores com situações similares” (P2), “até porque em grupo os cuidadores se libertam e perdem receios de colocar questões mais complexas na sua área de atuação” (P3). “Estas sessões permitiriam a partilha de estratégias, que são encontradas por quem está as vinte e quatro horas com a pessoa dependente, e que a que conhece bem, o que é altamente importante e, às vezes são pequenos truques que se podem transportar para outras situações e adaptar noutros contextos. No entanto estas sessões seriam um pouco como os ensinios que são efetuados no hospital e que são um pouco às cegas, porque não conhecemos o contexto real do doente, nem as adaptações necessárias a efetuar. Se houvesse possibilidade de o EEER que segue o doente, conhece as suas necessidades e particularidades, efetuar estas sessões por exemplo na casa do doente, a duas ou mais cuidadoras, era importantíssimo e permitiria personalizar os cuidados. Pode ser difícil conseguir fazê-lo, mas era excelente” (P5). “Era importante ter mais que um cuidador treinado para a prestação de cuidados para não ocorrer sobrecarga, ou pelo menos ter apoio, pois facilmente o cuidador pode entrar em exaustão se a situação de cuidado de prolongar por muito tempo (P2). A maior parte dos cuidadores iriam aderir a sessões de grupo (...) dependendo da faixa etária e nível socioeconómico (P3). A não adesão, poderia ser explicada por muitas vezes estes cuidadores não terem quem os substitua e não quererem deixar os seus dependentes sozinhos (P2), então “seria mais facilitador o uso das novas tecnologias” (P1).

3.4.1. Análise Crítica da Experiência dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação

Os dados obtidos apontam para a necessidade de conceção e adoção de programas de capacitação estruturados, que permitam dotar os cuidadores informais de competências para cuidar. A educação do doente/cuidador informal é um requisito fundamental para gerir com sucesso os processos de transição saúde-doença. A necessidade de se adotarem medidas que priorizem os cuidadores informais que cuidam de pessoas dependentes é emergente, já que o desempenho deste papel acarreta um sério risco para a saúde do mesmo, bem como de todo o sistema familiar.

É essencial a reflexão, a investigação e a partilha de conhecimento, com a finalidade da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como, garantir que todos os profissionais de saúde fornecem mensagens educacionais consistentes pode criar sinergias e alavancagem de recursos de saúde de forma a potenciar os resultados.

Convém referir que novos conceitos emergiram da análise das entrevistas, conceitos estes que não foram abordados nos artigos consultados na revisão de literatura, mas que são de extrema importância para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados no domicílio, nomeadamente em contexto de HD e, que incluem a prevenção do *burnout* nos profissionais de saúde e a integração da inteligência artificial nos cuidados de saúde, e especificamente para promover a reabilitação.

As fundamentações apresentadas neste estudo, resultam de limitações inerentes a uma investigação reduzida em termos da dimensão da amostra (entrevistados) e do facto de reproduzir realidades específicas de determinados contextos. Neste sentido, em termos de validade externa, ou seja, da possibilidade de generalizar os resultados encontrados a outros contextos ou amostras, embora este estudo tenha vindo reforçar alguma da teoria já existente relativamente às vantagens da hospitalização domiciliária, a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio com base nas necessidades apresentadas pelo doente/cuidador/família, este tratou-se apenas de um estudo exploratório que não pode ser generalizado ou representativo.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

No contexto de HD todos os programas e ações implementados, devem ir de encontro a tornar o doente/cuidador informal central no planeamento de cuidados, um “parceiro” ativo e responsável intermediário com os cuidadores formais, integrando-os em todo o processo assistencial. Reconhece-se, no entanto, a necessidade de um maior investimento nos cuidados de saúde a nível domiciliário, bem como nas equipas que intervêm neste contexto, de forma a melhorar as intervenções implementadas.

Os resultados do presente estudo enfatizam a necessidade impulsionar o desenvolvimento de estratégias de intervenção multifatoriais e customizadas, com base na evidência científica, na experiência do doente/cuidador informal e dos profissionais, que permitam eliminar fontes possíveis de risco e de danos evitáveis, resultantes da prestação de cuidados de saúde não seguros.

Com base na revisão da literatura e na análise de conteúdo das entrevistas efetuadas, foi elaborado um plano de intervenção na área da HD, com identificação de necessidades e propostas de soluções/ intervenções que poderão potenciar esta modalidade e maximizar os objetivos definidos. Para tal utilizou-se a ferramenta 5W2H que consiste numa *checklist* das atividades preventivas e corretivas que precisam ser desenvolvidas dentro de uma unidade, organizadas de forma prática, simples, eficiente e clara, ou seja, transforma em ações práticas toda a análise e a formulação de estratégias idealizadas para o plano de ação (Andrade *et al.*, 2017).

Na tabela 4.1 representa de forma esquemática o plano de ação traçado que de seguida vai ser desenvolvido de forma mais detalhada. Na elaboração do plano de intervenção e sendo que o objetivo geral definido é a potencialização da reabilitação e do contributo do EEER, constatou-se que seria necessário incluir mais duas áreas consideradas fulcrais para o desenvolvimento das UHD, nomeadamente a gestão dos recursos humanos e a acreditação das UHD, com o intuito de promover a qualidade dos cuidados prestados.

Tabela 4.1 Modelo 5W2H – Projeto de Intervenção na Área da Hospitalização Domiciliária

Itens controle	O quê? (What?)	Onde? (Where?)	Quando? (When?)	Quem? (Who?)	Porquê? (Why?)	Como? (How?)	Quanto? (How much?)
Gestão de Recursos Humanos	Seleção e recrutamento	UHD	Quando da formação da equipa de HD	Coordenador da equipa	Para garantir uma equipa motivada e competente	Entrevistas de seleção de RH	Custo de acordo a tabela salarial respetiva
	Formação dos profissionais	UHD	Segundo plano de formação formulado	Elementos a destinar	Para promover e potenciar competências para prestar cuidados no domicílio	Sessões de formação teóricas e teórico-práticas: - Conceptualização da HD - Cuidar no domicílio - Necessidades dos cuidadores informais - Como intervir em situação de urgência - Prevenção de erros - Gestão/ adesão ao regime terapêutico ao regime terapêutico - Estratégias para lidar com a demência - Literacia em Saúde - Prevenção do <i>Burnout</i> nos profissionais de saúde	Sem custos extra se efetuadas pelos profissionais da UHD
	Coesão do espírito de equipa	UHD e exterior	Mensalmente	Coordenador da equipa ou alguém que ele delegue	Criar dinâmica de grupo motivacional Interdisciplinaridade	- Espaço nas reuniões semanais para <i>brainstorming</i> e partilha de experiências e emoções - Atividades de <i>Team building</i>	- Sem custos extra se efetuadas pelos profissionais da UHD - Algumas atividades de <i>team building</i> poderão ter algum custo individual
Reabilitação	Programa de reabilitação estruturado	No domicílio	Adaptado às necessidades durante a HD	EEER e fisioterapeutas	Para promover melhoria da capacidade funcional e da autonomia do Doente/cuidador informal	Programa de reabilitação: -Intervenções no domicílio dirigidas: ▪ Pessoa dependente ▪ Cuidador informal/ família - Sessões formativas para os cuidadores informais - Consulta presencial de follow-up de enfermagem pós- internamento em HD - Integração da inteligência artificial nos cuidados de reabilitação	- Custos de acordo com os EEER contratados e tabela salarial em vigor ou respetiva - Investimento em equipamentos de inteligência artificial – custos a apurar
Certificação	Certificação das UHD	UHD/ domicílio	Aquando do funcionamento da mesma	Equipa a destacar	Melhoria da qualidade dos cuidados prestados	De acordo com as normas de certificação preconizadas	Custos inerentes ao tempo dispensado pelos profissionais para a realização da mesma

4.1. Gestão de Recursos Humanos

Os recursos humanos são o fator de produção mais valioso e a principal fonte de vantagem competitiva de uma empresa logo, o planeamento de recursos humanos faz parte do planeamento estratégico.

Os recursos humanos devem estar alinhados com a missão, visão e com os valores da organização e, é a partir daí que se traçam metas, desenvolvem planos estratégicos e implementam esses planos de acordo com os valores da organização. As relações que são concebidas entre a instituição e os seus recursos humanos, a forma como as pessoas são motivadas e geridas, determinarão o compromisso com os valores organizacionais, assim como a criação de valor acrescentado para a mesma.

Promover a qualificação e valorização profissional dos recursos humanos da área da saúde, é sem dúvida uma boa estratégia, identificando necessidades, propondo planos de formação e de desenvolvimento pessoal e profissional.

4.1.1. Seleção e Recrutamento

O recrutamento e selecionamento de colaboradores motivados, criativos, eficientes e com capacidade de estabelecer relacionamento empático, humanizado e individualizado é fundamental neste conceito de HD, que implica uma maior proximidade com o doente/cuidador informal, com a inclusão no próprio domicílio e ambiente familiar. A definição de objetivos e atividades a serem executadas por cada profissional, assim como apresentar condições de trabalho favoráveis aos colaboradores e incentivos de acordo com os resultados obtidos (sistema de incentivos), é promotor da alavancagem deste modelo de internamento.

As reuniões para discussão dos casos clínicos, planeamento, cooperação, coordenação e articulação das intervenções deverá ocorrer diariamente, de forma a adaptar, individualizar e promover a máxima qualidade dos serviços prestados, estabelecendo um ambiente propício e promotor de um trabalho de interdisciplinaridade, em que todos os intervenientes devem dar o seu contributo, num ambiente que estimule a criatividade e a partilha de ideias.

No sentido de garantir a qualidade dos cuidados, devem ser proporcionadas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional para os colaboradores, pois devido à complexidade envolta na prestação de cuidados no domicílio, é necessário que estes profissionais possuam as *skills* necessárias, para prestar cuidados efetivos e eficientes de forma a atingir os objetivos definidos. Avaliar a satisfação dos trabalhadores de forma a assegurar o seu bem-estar físico e mental e, no sentido de promover condições de trabalho baseadas nas suas necessidades é essencial.

4.1.2. Formação e Desenvolvimento de Competências

Com base no estudo efetuado, as áreas de formação e desenvolvimento de competências dos profissionais que integrem uma UHD, nomeadamente EEER, consideradas fundamentais pela autora para uma efetiva prestação de cuidados, são:

i) Conceptualização da HD

Inicialmente é importante o reconhecimento por todos os colaboradores dos princípios e regras de organização e funcionamento das UHD, bem como dos critérios de acesso e de integração dos doentes, assim como a gestão de todo o processo assistencial.

ii) Treinar os profissionais de saúde para apoiar os cuidadores informais

Para desenvolvimento de técnicas de comunicação interpessoal e, desenvolvimento de competências para capacitar o doente/ cuidador/família é considerada uma área prioritária. O foco da educação dos cuidadores informais tem sido no domínio do lidar com a doença, cuidados pessoais e comportamentos do recetor de cuidados e, cada vez mais tarefas de assistência médica anteriormente realizadas por profissionais de saúde.

Na literatura consultada encontraram-se recomendações de educação básica sugerida para todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, pois todos têm um papel importante a desempenhar no apoio aos cuidadores informais. A investigação sugere que nos modelos de cuidados centrados na família existem componentes centrais que não são exclusivos de determinadas populações, doenças específicas ou contextos de cuidados. Na tabela 4.2 estão representados os domínios de competência e indicadores pelos quais se optou, tendo como base o estudo efetuado por Parmar *et al.* (2021), os quais se considera que poderão servir para orientar a educação necessária para treinar os profissionais de saúde para apoiar os cuidadores informais, no entanto esta deverá ser adaptada ao contexto em causa de HD. Os domínios de competência incluem: Reconhecer o papel do cuidador; Comunicar com os familiares cuidadores; Fazer parceria com os cuidadores; Fomentar a resiliência nos familiares cuidadores; Explorar os sistemas de saúde e social, utilizando os recursos; Enfatizar a cultura e o contexto dos cuidados de saúde.

Tabela 4.2 Domínios e Indicadores de Competência para Apoiar os Cuidadores Familiares: Cuidado centrado no cuidador

Indicadores de competência
<i>Domínio A: Reconhecer o papel do cuidador</i>
1. Demonstra reconhecimento do valor das contribuições dos familiares cuidadores para a sociedade e sistema de saúde 2. Demonstra conhecimento das consequências de cuidar dos familiares cuidadores. Demonstra a consciência e identifica os cuidadores familiares, o seu papel e responsabilidade no apoio ao destinatário dos cuidados 3. Compreende a diversidade entre os cuidadores familiares (por exemplo: idade, género, onde moram, trabalham)
<i>Domínio B: Comunicar com os familiares cuidadores</i>
1. Comunica de forma a demonstrar respeito, empatia e compaixão para com o cuidador familiar 2. Demonstra a capacidade de ouvir de forma ativa e respeitosa os cuidadores familiares 3. Fornece informações oportunas aos cuidadores familiares de maneira que eles possam entender 4. Apoia o cuidado coordenado, fornecendo documentação e informação consistentes entre profissionais e cuidadores familiares
<i>Domínio C: Parceria com os familiares cuidadores</i>
1. Compreende os benefícios de incluir cuidadores familiares na equipa multidisciplinar 2. Estabelece relações de colaboração com cuidadores familiares 3. Inclui o conhecimento do cuidador familiar sobre os recetores de cuidados em avaliações e planeamento de cuidados 4. Compreende os conflitos e trabalha para mitigar o conflito
<i>Domínio D: Fomentar a resiliência nos familiares cuidadores</i>
1. Identifica e avalia continuamente as necessidades e objetivos do cuidador familiar 2. Reconhece a dinâmica da relação cuidador-beneficiário do cuidado 3. Melhora as competências e habilitações dos familiares cuidadores por meio de educação e apoio 4. Promove a saúde e o bem-estar dos cuidadores familiares e incentiva o autocuidado
<i>Domínio E: Explorar os sistemas de saúde e social utilizando os recursos disponíveis</i>
1. Trabalha em colaboração com os cuidadores para aceder aos suportes aplicáveis em tempo útil 2. Comunica e faz encaminhamentos para outros profissionais, de acordo com as preferências dos familiares cuidadores 3. Trabalha com familiares-cuidadores para superar as barreiras de acesso a serviços e apoios
<i>Domínio F: Enfatizar a cultura e o contexto dos cuidados</i>
1. Reconhece que o cuidado e a prestação de cuidados são afetados por visões sociais (por exemplo: preconceito de idade, estigma, discriminação) 2. Modela o cuidado centrado no cuidador 3. Faz autorreflexão para melhorar as interações e o apoio dos familiares-cuidadores

Fonte: Adaptado de Parmar *et al.* (2021)

iii) Segurança na prestação de cuidados

Sendo verdade que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se mede, principalmente, pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação, é indiscutível que estes ganhos só serão significativos se for melhorada a sua segurança. A segurança da prestação de cuidados de saúde refere-se à segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e dos ambientes em que os cuidados são prestados, sendo para tal essencial que os profissionais, doentes e familiares trabalhem em parceria. Segundo a World Health Organization (2021) a segurança do doente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem.

Tendo como base o estudo de Yoshimatsu & Nakatani (2022), o desafio é constituir um sistema de notificação padronizado que possa acumular e analisar informações para a tomada de medidas preventivas. Portanto é importante fomentar uma cultura de segurança positiva no trabalho, no domínio do cuidar no domicílio, em que a experiência de incidentes seja relatada e, usada como uma oportunidade educacional para melhorar o trabalho futuro e aprender com os erros e eventos adversos.

iv) Gestão/adesão do regime terapêutico

O plano terapêutico deve ser verificado em conjunto com o médico e farmacêutico, tanto na admissão com alta de HD, na adequação no prontuário terapêutico, concordância, eficácia e segurança dos medicamentos prescritos e na capacidade de aderir à medicação prescrita durante a permanência em regime de HD. As questões logísticas relacionadas com a garantia da disponibilização diária de terapêuticas medicamentosas, deverá ser garantida pelos serviços farmacêuticos hospitalares.

É reconhecido que da interação enfermeiro/família são desenvolvidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores de transições positivas nos processos de doença/saúde. Existindo uma relação de proximidade, este tipo de internamento poderá potenciar as condições necessárias e ideais para a promoção da adesão ao regime terapêutico, a qual vai permitir um maior controlo das doenças crónicas, reduzindo as agudizações e descompensações das comorbilidades.

Na revisão da literatura foi referenciado um instrumento desenvolvido por Gnägi *et al.* (2022) para avaliar a alfabetização medicamentosa de doentes idosos seguidos em cuidados domiciliários, que poderia ser validado e utilizado neste contexto. O uso sistemático de instrumentos estruturados e validados de avaliação da alfabetização medicamentosa, permitiria determinar a capacidade funcional e cognitiva dos doentes/cuidadores para gerir o regime terapêutico, compreender as suas principais limitações e, desenvolver um suporte mais direcionado e individualizado com base nos resultados da avaliação, o que se iria traduzir na redução de erros de medicação e melhorar a segurança do doente.

Cabe à equipa de enfermagem documentar e implementar planos de cuidados em relação à terapêutica farmacológica, incluindo cronograma para monitorização e acompanhamento, fornecer educação medicamentosa ao doente/ cuidadores/família, conforme necessário.

v) Literacia em Saúde

Considerando que um dos principais objetivos do investimento na literacia em saúde é capacitar os cidadãos como gestores ativos da sua condição de saúde e da comunidade em que vivem, com possibilidade de interação com os profissionais de saúde. E porque os profissionais de saúde são um fator-chave para a promoção da literacia em saúde junto da população, a Direção-Geral da Saúde (2019) desenvolveu o “Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde”, que se pretende constituir como uma ferramenta que tem como fim contribuir para o aumento dos níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa. Este manual serve como guia para profissionais de saúde que permitirá uma melhor compreensão acerca dos temas que envolvem a literacia em saúde, assim como um maior conhecimento sobre modelos de mudança comportamental, oportunidades de promoção de literacia em saúde nos diferentes contextos e estádios do ciclo de vida, os seus obstáculos, métodos e meios para a sua promoção, ferramentas de orientação e sugestões para conteúdos.

vi) Prevenção do *burnout* nos profissionais de saúde

A relação de proximidade que se estabelece no contexto domiciliário tende a ser maior que no contexto institucional, o que torna o trabalho emocionalmente e psicologicamente mais exigente, sendo esta uma área que deverá ser trabalhada.

No paradigma de enfermagem, os enfermeiros integraram a abordagem do holismo nos seus cuidados, valorizando as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas. Ao se tornarem uma figura de referência para o doente/família desenvolvem um envolvimento emocional, conhecimento mútuo, proximidade e confiança. Porém, os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões relacionadas com as emoções dos enfermeiros e dos utentes cuidados, pois todo o processo relacional está impregnado de emoções.

O envolvimento emocional é essencial no cuidado humanizado, mas requer formação e treino para o desenvolvimento de habilidades de gestão emocional (competência emocional), tais como capacidades para criar ambientes afetivos e acolhedores, gerir os relacionamentos, facilitando a gestão das emoções do utente e gerindo as próprias emoções, o que possibilita o envolvimento emocional e, minimiza o stress e *burnout* na prática de enfermagem. Desenvolver um limite terapêutico do envolvimento emocional, nas relações complexas e exigentes, como é o caso das situações que envolvem processos de saúde-doença, é imprescindível e, só é possível com o desenvolvimento de habilidades de gestão emocional, de forma a evitar o stress e *burnout* na prática de cuidados de saúde.

4.1.3. Coesão e Espírito de Equipa

A coesão e espírito de equipa promove o aumento da segurança e qualidade na prestação de cuidados. Ao analisar a relação entre as condições de trabalho e a saúde mental dos profissionais de saúde, é fundamental de forma a mitigar conflitos internos e, atuar estrategicamente na prevenção/promoção da saúde mental e bem-estar. Foram delineadas duas estratégias no fomento da coesão da equipa: i. Espaço nas reuniões semanais para *brainstorming* e, partilha de experiências e emoções de forma a identificar e minimizar o impacto da síndrome de *burnout* na produtividade e eficácia dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros; ii. Atividades de *team building* uma vez por mês pois envolve o uso de atividades práticas em grupo, de carácter lúdico e interativo, (pode ser indoor; outdoor; ou online) com o objetivo de fortalecer os laços entre os membros de uma equipa, de modo a poder contar com colaboradores mais dedicados e empenhados (*engagement*), que saibam trabalhar em equipa e atingir resultados consistentes de forma colaborativa. Desta forma possibilita-se o desenvolvimento de relações mais reais e interações mais dinâmicas, o que transforma as experiências em aprendizagens muito mais efetivas e duradouras, possibilitando um caminho de autoconhecimento

emocional. Segundo a literatura a satisfação dos trabalhadores está correlacionada com a produtividade das organizações e este facto não deve ser descurado.

4.2. Programa de Reabilitação Estruturado

Desenvolver um programa de reabilitação estruturado para doentes/cuidadores informais/família em HD, exige um reforço das equipas em EEER, de forma a permitir tempo dedicado a esta prática avançada/ especializada. De acordo com a literatura são evidentes os ganhos em saúde decorrentes da implementação de programas de reabilitação realizados no domicílio, pois contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa/cuidador no processo de autogestão da doença, promoção do autocuidado e melhoria da autonomia.

As barreiras à sua implementação passam pela dotação inadequada de EEER levando à necessidade de priorizar focos de atenção e intervenções, o que impossibilita a implementação e execução de programas específicos de reabilitação.

4.2.1. Pessoa Dependente no Autocuidado

Nos últimos anos, vários estudos internacionais de prevalência e análise da correlação da fragilidade dos idosos com diversos fatores de risco estão em desenvolvimento e recomendam programas de promoção do envelhecimento ativo, exercício físico e reabilitação gerontogeriatrica. A capacitação para o autocuidado e o facto de incorporar/integrar a realização de exercícios no seu dia-a-dia, mantendo-se fisicamente ativo na medida que suas capacidades funcionais é uma estratégia para o idoso autogerir a sua fragilidade e nível de aptidão, diminuindo a dependência do cuidador e eventual necessidade de institucionalização.

Neste âmbito, e com base na revisão de literatura efetuada optou-se por utilizar como base um programa de enfermagem de reabilitação a implementar no domicílio do idoso frágil, elaborado por Faria *et al.* (2022) no âmbito de um projeto de investigação intitulado “Idoso frágil no domicílio: ganhos sensíveis nos cuidados de enfermagem de reabilitação.” A construção e validação deste programa foi elaborado por um grupo de EEER portugueses, numa primeira etapa com base numa revisão integrativa da literatura que subsidiou a estruturação do programa, e numa segunda etapa a validação do seu conteúdo, por meio de *focus group*, com peritos na área, de forma a aproximar os componentes do programa a ser prescrito à realidade da prática assistencial de enfermagem. Nesta etapa o programa foi apresentado e discutido em dois grupos focais com a participação de nove especialistas, em que no *focus group* 1, foram explorados os conteúdos do programa, e o *focus group*, validou a pertinência de manter, modificar e/ou acrescentar os conteúdos já explorados na primeira fase.

Este programa foi elaborado em maio de 2021 e seguiu as diretrizes do *Medical Research Council* para o desenvolvimento de intervenções complexas. O programa atingiu a validação de conteúdo, com um conjunto mínimo de características que devem ser integradas, necessitando agora de aplicação prática em contexto domiciliário e validação clínica. O processo resultou num programa estruturado, que inclui treinos de equilíbrio, força, coordenação, mobilidade articular, resistência, postura e exercícios respiratórios, mas, sobretudo, treinos de autocuidado para promover a autonomia e independência do idoso. Ficou estabelecida a realização de duas sessões semanais de 60 minutos, durante 12 semanas.

Este constitui um exemplo de um programa a ser implementado em contexto de cuidados domiciliários, devendo ser adaptado e ajustado, tanto em termos de intensidade, frequência e duração, à condição e necessidades específicas apresentadas, nomeadamente em contexto de HD.

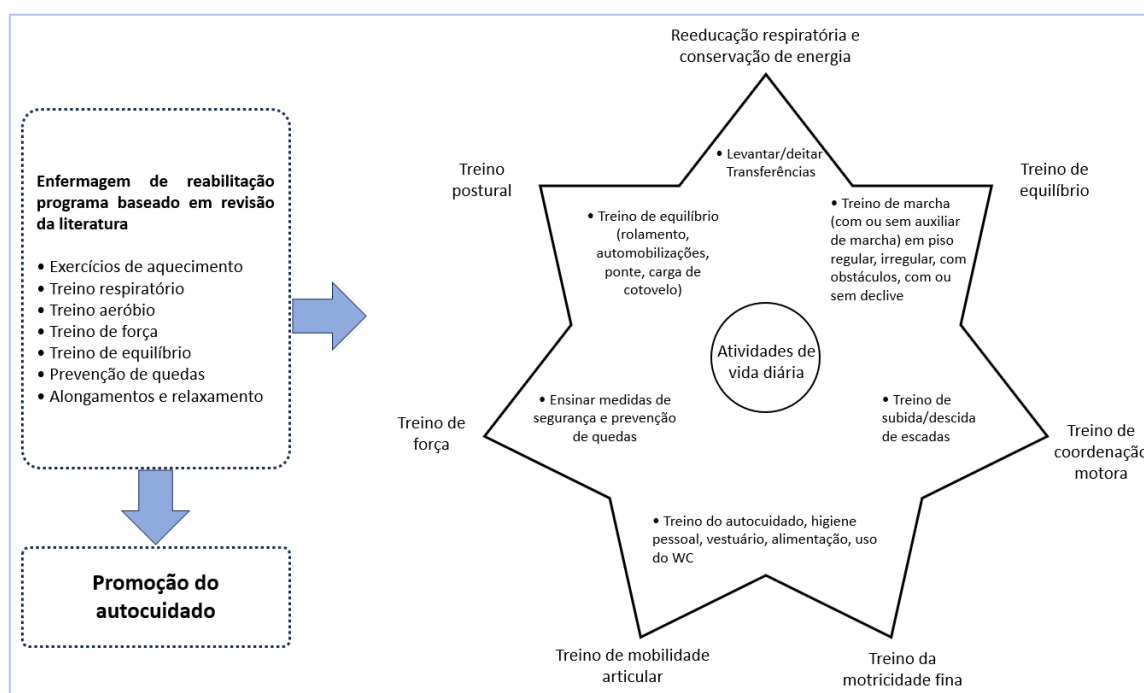


Figura 4.1 Programa de enfermagem de reabilitação: da revisão da literatura à validação de conteúdo por especialistas

Fonte: Adaptado de Faria *et al.* (2022)

O impacto de um programa de exercícios funcionais e a efetividade de intervenções sobre o treino de equilíbrio, poderia levar a um decréscimo na incidência de quedas, reduzindo morbididades e o declínio na realização das AVD's e AIVD's, atividades físicas e sociais. Promover programas individualizados no domicílio demonstram vantagens não só na capacidade funcional e independência dos idosos, mas também na qualidade de vida e bem-estar.

4.2.2. Cuidador informal

A necessidade de intervenção prestada ao doente, cuidador, familiar e/ou população evidencia a importância de fornecer mais do que informação, educação verdadeira, científica e útil, ajudando a anular fontes de informação falsa ou não fidedigna que geram angústia, ansiedade e renitência à adesão ao plano de cuidados.

O papel de cuidador abrange múltiplos domínios, desde a assistência nas atividades diárias, a execução de cuidados diretos, apoio emocional, manutenção de conexões sociais até sistemas complexos de assistência médica, gestão e coordenação de cuidados e serviço social, sendo que cada domínio inclui múltiplas tarefas e atividades. Transversais a esses domínios encontram-se os processos cognitivos e interpessoais contínuos nos quais os cuidadores estão envolvidos, como comunicação com os profissionais de saúde e outros familiares, resolução de problemas, tomada de decisões e vigilância do bem-estar do recetor dos cuidados. A forma como os cuidadores gerem essas tarefas depende de seu próprio estado de saúde, valores, habilidades, preferências, qualidade do relacionamento com o destinatário dos cuidados, bem como dos recursos disponíveis.

A ausência de experiência no processo de cuidar contribui para este agir de forma mais afetiva do que racional, o que não potencia a reabilitação do doente. Existe um consenso razoável na literatura de que os cuidadores beneficiarão de um conhecimento aprimorado sobre a situação de doença, do papel a desempenhar de cuidador, dos recursos disponíveis, treino de habilidades e, resolução de problemas. Neste sentido reconhecer as necessidades de apoio e capacitação que o papel de cuidador exige é essencial.

4.2.2.1. Sessões para Cuidadores Informais

O empoderamento do cuidador pode auxiliar na redução dos custos com a saúde, no sentido auxiliá-los na tomada de decisões em situações menos graves sem necessidade de utilização dos serviços de saúde e, melhorar a qualidade de vida do dependente e do cuidador, sua saúde mental e proporcionar maior satisfação com o cuidado. Com base na revisão da literatura e análise das entrevistas realizadas sugerem-se as seguintes sessões de formação para os cuidadores informais, que poderão ser efetuadas de forma presencial ou online:

i) Sinais de alerta: Como intervir em situação de urgência no domicílio

No domicílio não existem os recursos quer humanos, quer materiais disponíveis no hospital e esta é uma barreira à aceitação deste modelo de internamento, por parte do doente/cuidador informal/família. Ensinar quais os sinais de alerta e como intervir é indispensável, assim como dar a conhecer a disponibilidade e apoio 24h/dia em contexto de HD, para qualquer dúvida ou ocorrência.

ii)Capacitar o Cuidador informal – Prestação de Cuidados

O cuidador informal tem de ser reconhecido como uma mais-valia e um parceiro na prestação de cuidados logo, é importante capacitá-lo através de informação e da formação, envolvendo-o nas tomadas de decisão e na participação na prestação de cuidados. A gestão das suas expectativas e necessidades constituem desafios que todos os prestadores de cuidados formais têm de ter em conta, adotando estratégias para minimizar a sobrecarga e desconforto emocional percebido, para a preservação das condições de saúde do cuidador e da capacidade de desempenhar o seu papel. O enfermeiro pode ajudar a instituir mudanças que promovam uma melhor qualidade na relação de cuidar, desde que respeitando os valores culturais e as crenças da família, com o intuito da promoção do bem-estar mútuo.

iii)Estratégias para lidar com a demência

O processo evolutivo de dependência, com perda da autonomia relacionado com o surgimento e evolução de doenças crônicas, tem muitas vezes associado quadros demenciais, com déficit cognitivo, perda da memória e da própria identidade, que provocam nos cuidadores informais /família o surgimento de sentimentos de tristeza, angústia, revolta e por vezes depressão. Reconhecer o processo de demência e desenvolver estratégias para lidar da melhor forma, tentando retardar a sua evolução, assim como promover a adaptação do cuidador a esta realidade tão causadora de angústia à qual não pode fugir, é uma área de grande importância.

iv)Literacia em saúde

Coordenar atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, com a produção e divulgação de informação adequada, vai fornecer as ferramentas necessárias às pessoas formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida. Esta implica a motivação e a aquisição de competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação obtida.

4.2.3. Consulta Presencial de *Follow-up* de Enfermagem Pós- internamento em HD

Uma consulta de *follow-up* de enfermagem pós internamento em hospitalização domiciliária, já efetuada em algumas destas unidades, parece constituir uma mais-valia na avaliação dos resultados das intervenções implementadas ao longo do período de internamento, nomeadamente na área identificada do comprometimento da adesão ao regime terapêutico. Esta vai permitir uma avaliação e posteriormente adequação das estratégias utilizadas no acompanhamento e ensino a futuros doentes/cuidadores.

Nesta consulta poderá ser efetuada uma avaliação e otimização da autogestão terapêutica, incluindo perceção da adesão ao regime terapêutico, revisão de técnicas de autoadministração

terapêutica (por exemplo nos casos de autoadministração de insulina e heparina de baixo peso molecular, técnica inalatória, entre outras), reforço de incentivo á autovigilância da saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis. A replicação desta intervenção, constitui uma boa aposta, no sentido em que apela à promoção e responsabilização do próprio doente/cuidador, pela evolução do seu estado de saúde e pode prevenir a ocorrência de eventos adversos.

4.2.4. Integração da Inteligência Artificial nos Cuidados de Reabilitação

O uso da inteligência artificial na saúde já é uma realidade e as novas tecnologias podem trazer inúmeros benefícios para diversos setores da saúde, nomeadamente na área da reabilitação. A inteligência artificial na saúde pode proporcionar aos cidadãos cuidados de saúde melhorados ao atuar em diversas etapas, como na triagem do doente, ao investir em mecanismos inteligentes, que permitam a identificação automática dos critérios de gravidade/urgência possibilitando uma triagem mais eficaz e rápida, assim como agilizando os respetivos encaminhamentos, economizando desta forma tempo e recursos

Os avanços da telemedicina são a prova que é possível unir a modernidade de novos equipamentos inteligentes com os diversos processos médicos, potencializando a qualidade dos serviços disponibilizados ao doente/família. Entre os principais benefícios da inteligência artificial na saúde, encontram-se a possibilidade de associados a outros dispositivos permitirem o armazenamento e organização de dados com alta precisão e de uma forma integral e mais eficiente. Desta forma possibilita-se a otimização de resultados em todo o processo clínico, tanto na análise e controlo de cada situação específica, como na interação com o doente, possibilitando obter diagnósticos mais assertivos e reduzindo a probabilidade de erros.

Recorrer à inteligência artificial nos cuidados de reabilitação é sem dúvida uma estratégia com grande potencial ao permitir a utilização de métodos úteis e económicos para fornecer uma ampla gama de intervenções de cuidados, com intervenções de e-saúde por exemplo para fornecer um método de suporte e educação aos cuidadores informais, eficiente com a possibilidade de aceder em qualquer dispositivo, local e momento. A padronização e interoperabilidade das ferramentas e aplicações de e-saúde constituiria o ponto chave para potencializar e mudar o panorama da prestação de intervenções de saúde.

As iniciativas de implementação de novas práticas de gestão de cuidados podem inicialmente estar associadas a um aumento de custos, particularmente quando envolvem inovações de processos e mudanças organizacionais, mas a mensuração de eficácia, através da apuração dos resultados e impactos gerados aos diversos beneficiários, irá refletir a melhoria da qualidade. Logo, o EEER, ao demonstrar que as suas intervenções produzem efeitos nas pessoas com ganhos evidentes em saúde,

através da promoção da autonomia e independência das mesmas, o que terá repercussões económicas e sociais, está a pôr em evidência a efetividade dos seus cuidados.

4.3. Certificação das Unidades de Hospitalização Domiciliária

Com base no Manual de Unidades de Gestão Clínica (2023) podem ser certificadas várias unidades/serviços médicos ou hospitalares, entre outros. O processo de certificação segundo o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde é um processo dinâmico e contínuo no tempo, constituído por quatro fases: pedido de certificação; autoavaliação; avaliação; acompanhamento. Tem por objetivo promover a melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde (DGS, 2023).

Este modelo visa contribuir para a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade, através do estabelecimento de standards baseados na evidência e nas melhores práticas. Os standards são elaborados no âmbito de Comitês Técnicos integrados por profissionais especialistas do sistema de saúde português. As unidades de saúde, ao terem estes standards como referencial, podem refletir sobre como fazem atualmente e identificar o que precisam de fazer para melhorar a qualidade dos seus serviços, a segurança do doente e a eficiência (DGS, 2023).

A certificação das unidades é uma ferramenta metodológica útil, que permite demonstrar em que medida as atividades são realizadas de acordo com padrões de qualidade e que proporciona, mediante avaliações externas, o reconhecimento público e expresso às unidades de saúde que os cumprem e demonstram. Durante o processo de certificação, é fornecida informação às unidades sobre os seus pontos fortes e fracos, valoriza o compromisso das unidades de saúde em melhorar os seus processos, a segurança e a qualidade do atendimento que prestam às pessoas. Os benefícios da certificação das UHD, são os seguintes: permite iniciar ciclos de avaliação para identificar desvios ou falhas face ao planeado; possibilita a revisão dos fluxos de trabalho, otimizando os processos; facilita a normalização da prática clínica; permite melhorar a qualidade e alcançar melhores resultados; promove a aprendizagem colaborativa; potencia ambiente seguro para profissionais e pessoas; gera transparência, visibilidade e confiança; e por fim, traz reconhecimento externo (DGS, 2023).

Tem como finalidade o fortalecimento da confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, promovendo e divulgando uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança.

4.4. Proposta de Mudança – Ganhos em Saúde

Na tabela 4.3 encontram-se representados os ganhos em saúde que se preveem com a introdução deste projeto de intervenção na área da HD.

Tabela 4.3 Proposta de Mudança – Ganhos em Saúde

Doente	Cuidador informal/família	EEER	Hospitalização Domiciliária	Eficiência
- Maior segurança e diminuição do receio do desconhecido - Melhoria precoce do quadro clínico - Diminuição das complicações - Recuperação da autonomia mais precocemente ou retardamento da perda da capacidade funcional - Satisfação dos recetores dos cuidados	- Maior segurança e diminuição do receio do desconhecido - Diminuição de risco de sobrecarga física e emocional (<i>burnout</i>) - Menor absentismo laboral	- Maior motivação e satisfação profissional - Efetivação das capacidades e competências adquiridas pelo EEER - Resultados efetivos na capacitação do doente/ cuidador informal/ família	- Melhores resultados a nível da recuperação funcional respiratória, motora e autonomia do doente/cuidador informal - Diminuição do tempo de internamento - Maior visibilidade da HD	- Diminuição do tempo de internamento - Diminuição de reinternamentos frequentes - Menor risco de danos potencialmente evitáveis - Melhoria de Processo - Otimização mensurável do processo de HD e dos seus resultados - Retorno do investimento financeiro (sobre a contratação de mais EEER e tecnologia de IA) ao se atingir os objetivos e metas preconizadas

4.5. Implementação do Projeto de Intervenção

Para orientar a concretização de estratégias e ações de forma a implementar medidas de correção dos problemas identificados pretende-se utilizar a metodologia Plan-Do-Check-Act (PDCA). Esta técnica de gestão interativa tem como objetivo melhorar os processos e os resultados de forma contínua, com a utilização sequencial destes quatro passos, num ciclo contínuo de otimização (Arruda *et al.*, 2022).

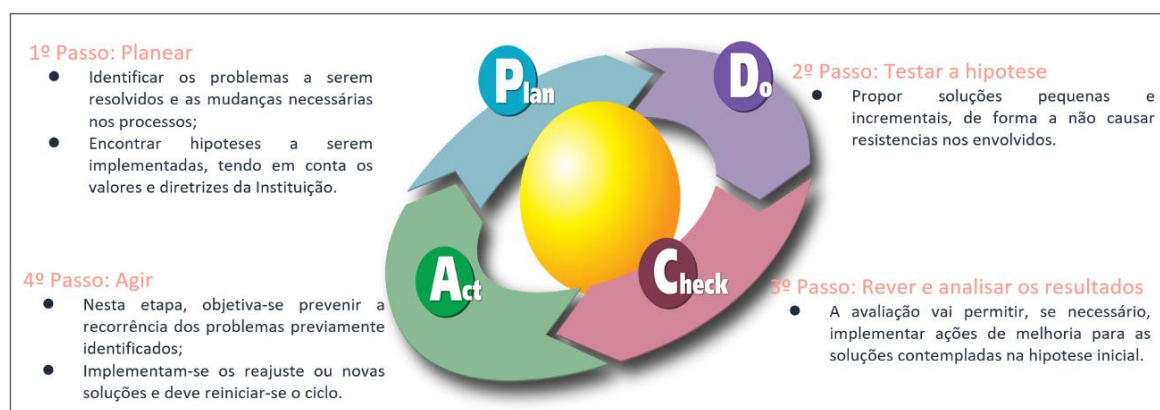


Figura 4.2 Metodologia PDCA

Fonte: Adaptado pela autora

A fase de implementação do projeto: inicia-se com o recrutamento de EEER motivados para integrarem a UHD, posteriormente a formação e desenvolvimento de competências para o cuidar no domicílio e, a realização de atividades promotoras da coesão e espírito de equipa; depois é instituído

o programa estruturado de reabilitação; e finalmente dar-se-á início ao processo de certificação, de acordo com as fases do mesmo. Pretende-se efetuar uma avaliação do grau de satisfação dos EEER, aquando da integração na UHD, passados seis meses e um ano depois. Essa avaliação vai ser efetuada através da Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho (ESET), validada em 2017 para a população portuguesa, após obter autorização para a sua utilização. A satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e um elemento determinante na avaliação da qualidade das organizações. Também poderia ser vantajoso a realização de estudo em dois grupos de doentes seguidos em regime de HD com características semelhantes, mas em que um recebesse cuidados especializados de enfermagem de reabilitação e outro não, de forma a perceber os benefícios dos mesmos. De acordo com os resultados obtidos, seriam implementados reajustes ou novas soluções, dando início novamente ao ciclo PDCA. O cronograma que se segue descreve a calendarização prevista para a elaboração das etapas do projeto, tratando-se apenas de uma previsão sujeita a revisões, alterações e adaptações durante o processo.

Tabela 4.4 Cronograma de Implementação do Projeto

	2024											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Implementação:												
Recrutamento de EEER para a UHD	X	X	X	X	X	X						
Sessões formativas aos profissionais		X	X	X	X	X	X					
Atividades promotoras da coesão e espírito de equipa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Programa de reabilitação estruturado:												
➤ Intervenções no domicílio dirigidas ao:												
▪ Pessoa dependente				X	X	X	X	X	X	X	X	X
▪ Cuidador informal/ família												
➤ Sessões formativas para os cuidadores informais						X	X	X	X	X	X	X
➤ Consulta Presencial de Follow-up de Enfermagem Pós-internamento em HD				X	X	X	X	X	X	X	X	X
➤ Integração da inteligência artificial nos cuidados de reabilitação											X	X
Certificação da UHD									X	X	X	X
Avaliação: Rever e Analisar os Resultados												
							X	X	X	X		
Ação: Implementação de Reajustes ou Novas Soluções												
											X	X

CONCLUSÕES

Numa altura em que o setor da saúde é apontado como uma área crítica a nível financeiro, nunca foi tão pertinente, pela falta de recursos, refletir e analisar o formato de contratação e de gestão dos cuidados de saúde, a sua fundamentação em termos de custo, volume e/ou diferenciação, assim como os indicadores que refletem o investimento, a eficiência e eficácia desses mesmos cuidados e processos.

A HD constitui um modelo de assistência clínica inovador que assegura a prestação de cuidados de saúde com diferenciação de nível hospitalar no domicílio, representando um desafio e uma oportunidade para as equipas, uma vez que permite uma proximidade ao doente/família e ao seu ambiente envolvente, possibilitando reconhecer e avaliar as suas necessidades e limitações, o que viabiliza uma visão mais humanizada e holística. O projeto de intervenção elaborado incluiu três áreas consideradas fulcrais para o desenvolvimento das UHD, nomeadamente a gestão dos recursos humanos, a estruturação de um plano de reabilitação e a acreditação das UHD, com o intuito de promover o incremento da inovação e qualidade das mesmas.

A humanização dos cuidados permite desenvolver a garantia da qualidade e excelência dos cuidados de saúde prestados à pessoa, salvaguardando a sua dignidade e os seus direitos, como a acessibilidade aos serviços de saúde, respeito pela confidencialidade, respeito pela informação e participação na tomada de decisão sobre a sua saúde, respeitando os seus valores e crenças (DGS, 2023). A capacidade de intervenção a nível holístico é facilitadora da plena reintegração da pessoa dependente no domicílio e comunidade, e isto não acontece de forma indissociável da família, sendo que a satisfação da família constitui um indicador de qualidade dos cuidados.

O cuidar em casa deslocaliza a prestação dos cuidados das instituições para o domicílio, conduzindo assim a uma redefinição dos processos de cuidados e à necessidade de uma estreita colaboração entre os vários intervenientes, com evidentes e comprovados ganhos em eficiência e em qualidade. Tem-se revelado como uma oportunidade para fomentar a integração e continuidade de cuidados, promover o *empowerment* do doente/ cuidador informal/família, melhorando os resultados em termos de saúde e bem-estar.

Com o modelo de hospitalização domiciliária é essencial fortalecer a necessidade da estruturação da identidade do estatuto do cuidador informal, sendo fundamental maximizar estudos de forma a aprofundar conhecimentos sobre as suas necessidades e expectativas, pois desta forma os profissionais de saúde estariam simultaneamente a responder às necessidades do doente e do cuidador, ou seja, a cuidar de quem cuida.

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e a independência. O EEER planeia, implementa

e monitoriza planos/programas de enfermagem de reabilitação diferenciados e individualizados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, promovendo a independência funcional e a melhoria da qualidade assim como o acesso a cuidados de saúde adequados. Logo, estes podem constituir um recurso significativo no auxílio da pessoa dependente, a preservar a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e a promover a sua autonomia, quer através da promoção de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos cuidadores informais/ família para o desempenho do papel de prestadores de cuidados no domicílio.

Mas, existem poucos estudos sobre cuidados transicionais para apoiar a continuidade do cuidado no contexto da reabilitação e não têm sistematizado as intervenções dos profissionais, o que impacta o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para os cuidados transicionais de reabilitação (Pedrosa *et al.*, 2022).

Reforçando a importância da intervenção e dos cuidados prestados pelo EEER no domicílio, podemos concluir que com a sua inclusão e aproveitamento nas equipas de HD, teríamos efetivos ganhos em saúde quer pelo aumento da capacitação do cuidador informal, quer pela melhoria da funcionalidade da pessoa cuidada. Com o desenvolvimento deste projeto de intervenção fica refletida a convicção de que é possível potencializar este modelo de assistência de saúde, aumentando a qualidade e segurança no conforto do ambiente domiciliário.

Uma maior divulgação do trabalho e do *modus operandi* das UHD junto dos restantes profissionais de saúde dos hospitais e da comunidade em geral é fundamental para otimizar todo o processo de referenciação e aceitação da mesma, por parte dos próprios profissionais e, do doente/cuidador informal/ família.

A coordenação e a comunicação entre as unidades envolvidas no processo assistencial são cruciais, pois permitem definir as ações clínicas essenciais, abreviar o processo de diagnóstico, melhorar o tratamento, proporcionar os recursos adequados às necessidades apresentadas e evitar a procura desnecessária dos serviços de saúde. O uso de mais tecnologia pode traduzir-se naquilo que queremos chamar de excelência do cuidado ao garantir sistematicamente a redução/ausência de erro, ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão e, ao libertar mais tempo do trabalho burocrático, promove a humanização dos cuidados e o aumento do relacionamento humano. A possibilidade de armazenamento e partilha de dados com a máxima qualidade e de uma forma instantânea e segura, é sem dúvida uma mais-valia, para facilitar as ações dos profissionais envolvidos no processo assistencial e para que a prestação dos cuidados de saúde seja fluida, global, personalizada, integrada, devendo esta ser possível de aceder por todos os intervenientes, sendo imprescindível a interoperabilidade entre os sistemas.

Como sugestões para pesquisas futuras, propõe-se a realização de mais estudos e com amostras mais significativas sobre o impacto das intervenções do EEER na capacitação do cuidador informal e

na promoção da autonomia do doente, em contexto domiciliário, pois permitiriam evidenciar o seu papel e fortalecer a importância da sua integração, nomeadamente em contexto de HD.

Pela grande relevância e crescente interesse pelo modelo de assistência da HD, este ainda carece de mais pesquisas, principalmente no que diz respeito ao seu papel na sociedade atual, bem como o seu impacto nas transições saúde-doença ou na garantia da continuidade dos cuidados, no sentido de compreender até que ponto este promove a redução da estadia em internamento e funciona como ponte na articulação da transição entre o hospital e o domicílio, ao promover a capacitação progressiva do doente/cuidador informal. Estudos nesta área podem identificar processos de melhoria na articulação entre os diversos níveis de cuidados de saúde possibilitando a garantia da continuidade de cuidados.

Analisar o nível de satisfação do doente/cuidador informal/família, com base na resposta às suas expectativas em contexto de HD, poderia igualmente potenciar o reconhecimento e desenvolvimento desta modalidade de internamento.

Este trabalho lança bases para futuras considerações acerca do potencial e relevância do trabalho do EEER em contexto de HD, para a consciencialização do aumento da eficiência dos processos, incremento da mudança e melhoria continua com o uso apropriado de recursos, que diretamente ou indiretamente promoverá o empoderamento e bem-estar do doente/ cuidador informal/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional* (1ª edição atualizada). ISBN: 978-989-97582-1-6.
- Andrade, N., Richetto, K., Araújo, E. (2017). *Active Methodology in the Universities*. International Conference on Education Innovation and Economic Management.
- Bagheri, J. (2016). Overlaps between Human Resources' Strategic Planning and Strategic Management Tools in Public Organizations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 230, 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.09.054>.
- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2019). From the hospital to the community: The (UN)safe transition. In *Revista Baiana de Enfermagem* (Vol. 33). Universidade Federal da Bahia. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>.
- Brenne, B. A., Hedlund, M., & Ingstad, K. (2022). Exploring home-based care nurses' mindset for nursing practices: a phenomenological study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01068-w>
- Byrne, A. L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>.
- Campos, A.C. (2019). *Administração Pública e Saúde: ensaios de circunstâncias*, Coimbra: Almedina, 314p. ISBN 9789724082530.
- Comissão Europeia. (2021). *Livro Verde sobre o Envelhecimento - Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações*.
- CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6.
- Costa, A. P., Leitão, C., Borges, D., Trindade, J., Pinto, P., Cardoso, P., Rodrigues, P., & Rodrigues, T. (2013). *Gestão em Organizações de Saúde* (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.).
- Couto, A. M. do, Caldas, C. P., & Castro, E. A. B. de. (2018). Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959–966. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>.
- Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P., Beirão, P., Gomes, A., Delerue, F. (2017). Home Hospitalization: One Year Balance of the First Portuguese Unit. *Medicina Interna*, 24(4). <https://doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>.
- Dawda, P., Russell, L., World Health Organization, & World Health Organization. Department of Service Delivery and Safety. (2016). *Transitions of care*.

Decreto-Lei N.º 101/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República nº 109, I Série-A de 2006-06-06. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>.

Decreto-Lei n.º 18/2017 do Ministério da Saúde (2017). Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>.

Delerue, F., e Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Medicina Interna*, 25(1). <https://doi.org/10.24950/rspmi/Op/1/2018>.

Despacho n.º 9323-A/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03. Modelo de Deliberação de criação e de Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/191000001/0000200005.pdf>.

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 - 2026). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>.

Dionísio, R., Chaves, C., Nelas, P., Coutinho, E., Cruz, C., & Andrade, A. (2019). Psicologia, Infancia y Educación Papel de Cuidador no Contexto da Hospitalização Domiciliária: Diagnóstico, Implementação e Monitorização de Intervenção. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*.

Direcção-Geral de Saúde (2018). Norma DGS nº 020/2018 de 20/12/2018. Hospitalização Domiciliária em idade adulta. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf>.

Direcção-Geral de Saúde (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. ISBN: 978-972-675-288-2. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>.

Direcção-Geral de Saúde (2021). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa.

Direcção-Geral de Saúde (2023). Manual de Standards - Unidades de Gestão Clínica. <https://www.arsnorte.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2023/06/ManualUnidadesGestaoClinicaDGS2023.pdf>.

Dixe, M. dos A., Soares, E. M., Martinho, R. F., Charters, P., Rijo, R. P., Ferreira, J. E., Carço, J. E., Gomes, N. M. M., & Querido, A. I. (2020). *Modelo de Capacitação do Cuidador Informal para Cuidar da Pessoa com Dependência Help2Care*.

ERS. (2022). *Relatório de Monitorização de Acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <https://transparencia.sns.gov.pt>.

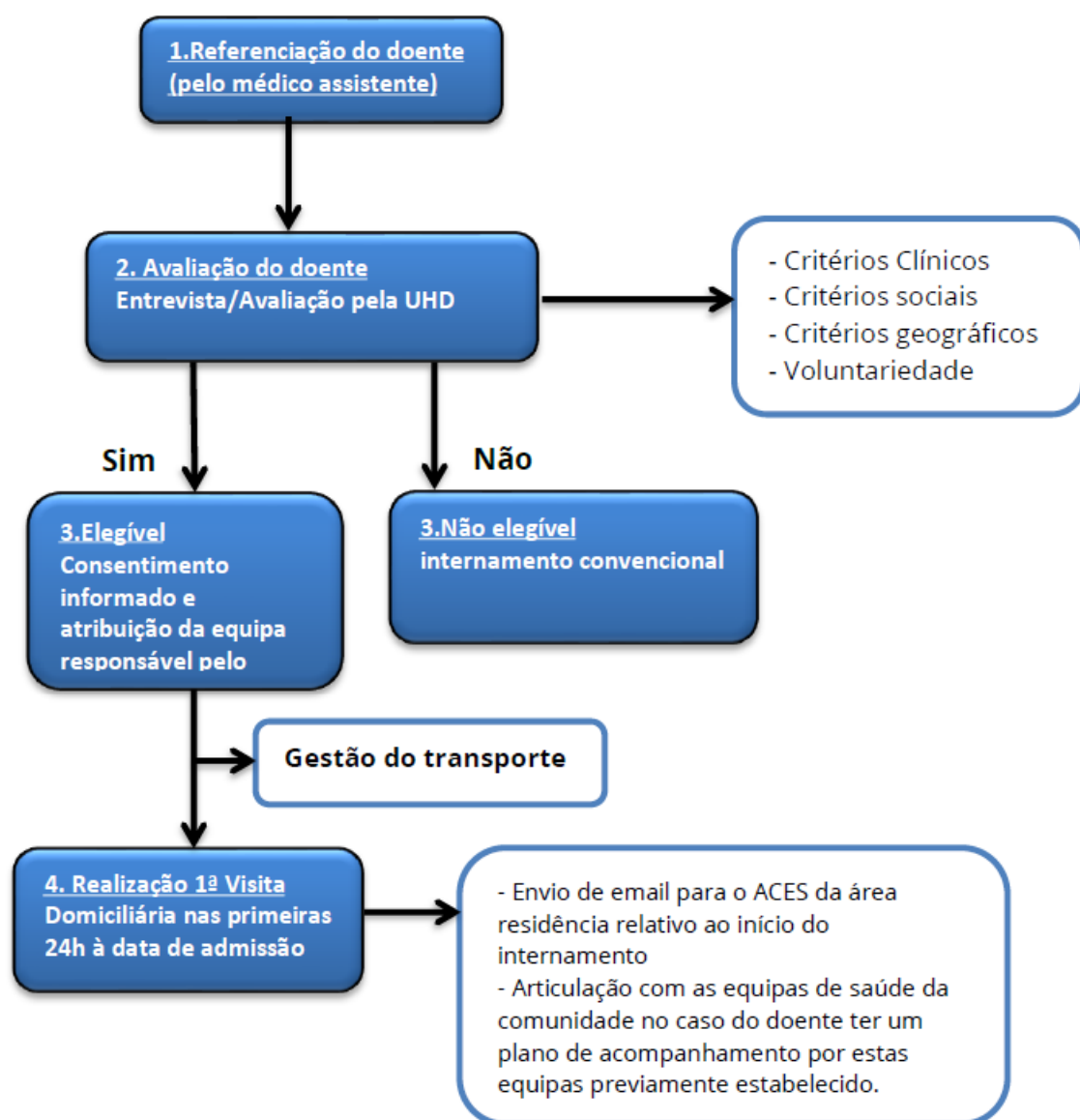
- Escoval, A., Santos, A. T. L., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858>.
- Faria, A. da C. A., Martins, M. M. F. P. da S., Aguilera, J. A. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Silva, J. M. A. V. da. (2022). Construction and validation of a rehabilitation nursing program for fragile elderly. In *Revista brasileira de enfermagem: Vol. 75Suppl 4* (Issue Suppl 4, p. e20210562). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0562>.
- Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. In *Journal of Personalized Medicine* (Vol. 12, Issue 1). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>.
- Gangannagaripalli, J., Albagli, A., Myers, S. N., Whittaker, S., Joseph, A., Clarke, A., Matkin, L., Alonso, J., Byock, I., van den Berg, M., Canfield, C., Chaplin, J., Dapuelto, J., de Almedia Fleck, M. P., Sidey-Gibbons, C., Hazelzet, J., Hess, R., Immonen, K., Joyner, S., ... Valderas, J. M. (2022). A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes and Measures of Overall Health in Adults. *Patient*, 15(3), 341–351. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00554-8>.
- Gnägi, R., Zúñiga, F., Brunkert, T., & Meyer-Massetti, C. (2022). Development of a medication literacy assessment instrument (MELIA) for older people receiving home care. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 4210–4220. <https://doi.org/10.1111/jan.15429>.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førlund, O., & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1581–1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12324>.
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>.
- Kouta, C., Kaite, C. P., Papadopoulos, I., & Phellas, C. N. (2015). Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus. In *International Journal of Caring Sciences* (Vol. 8). www.internationaljournalofcaringsciences.org.
- Leong, M. Q., Lim, C. W., & Lai, Y. F. (2021). Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 1). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>.
- Manzano, K. L. R., Delgado, N. T., Riascos, D. J. E., & Mondragón-Sánchez, E. J. (2023). Nurses' perception of the applicability of the continuity of care process. *Revista Cuidarte*, 14(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2210>.

- Miguez, V. B., & Lezana, Á. G. R. (2018). Empreendedorismo e inovação: a evolução dos fatores que influenciam o empreendedorismo corporativo. *Navus - Revista de Gestão e Tecnologia*, 8(2), 112–132. <https://doi.org/10.22279/navus.2018.v8n2.p112-132.624>.
- Nascimento, G. (2015). *Os Cuidados Continuados de Saúde em Portugal: Perspectiva Internacional, Experiência do paciente na Transição e Sobrecarga dos Cuidadores Informais*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Gestão com Especialização em Recursos Humanos e Comportamento Organizacional submetida ao ISCTE *Business School*.
- Nortadas, R., Correia Azevedo, P., Cunha, V., Delerue, F. (2021). A Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. *Medicina Interna*. <https://doi.org/10.24950/rspmi/covid19/hgo/s/2020>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 125/2011. Diário da República 2ª Série, Nº 35 de 18 de fevereiro 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento n.º 350/2015. Diário da República. 2ª Série, Nº 119 de 22 de junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento nº392/2019. Diário da República. 2ª Série, Nº 85 de 3 de maio de 2019.
- Parmar, J., Anderson, S., Duggleby, W., Holroyd-Leduc, J., Pollard, C., & Brémault-Phillips, S. (2021). Developing person-centred care competencies for the healthcare workforce to support family caregivers: Caregiver centred care. *Health and Social Care in the Community*, 29(5), 1327–1338. <https://doi.org/10.1111/hsc.13173>
- Pedrosa, A. R., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. R. S. L. (2022). Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 75, Issue 5, p. e20210399). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>.
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2022). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/jpm12040582>.
- Portaria n.º 330/2017 do Ministério da Saúde (2017). Diário da República n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/330-2017-114133885>.
- Santos Cruz, R. (2017). *Evolução do conceito de adesão à terapêutica*. In *Revista Saúde & Tecnologia*. N.18 novembro 2017, P. 11-16. ISSN: 1646-9704.
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2019). *Annual Review of Psychology Family Caregiving for Older Adults*. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419>.

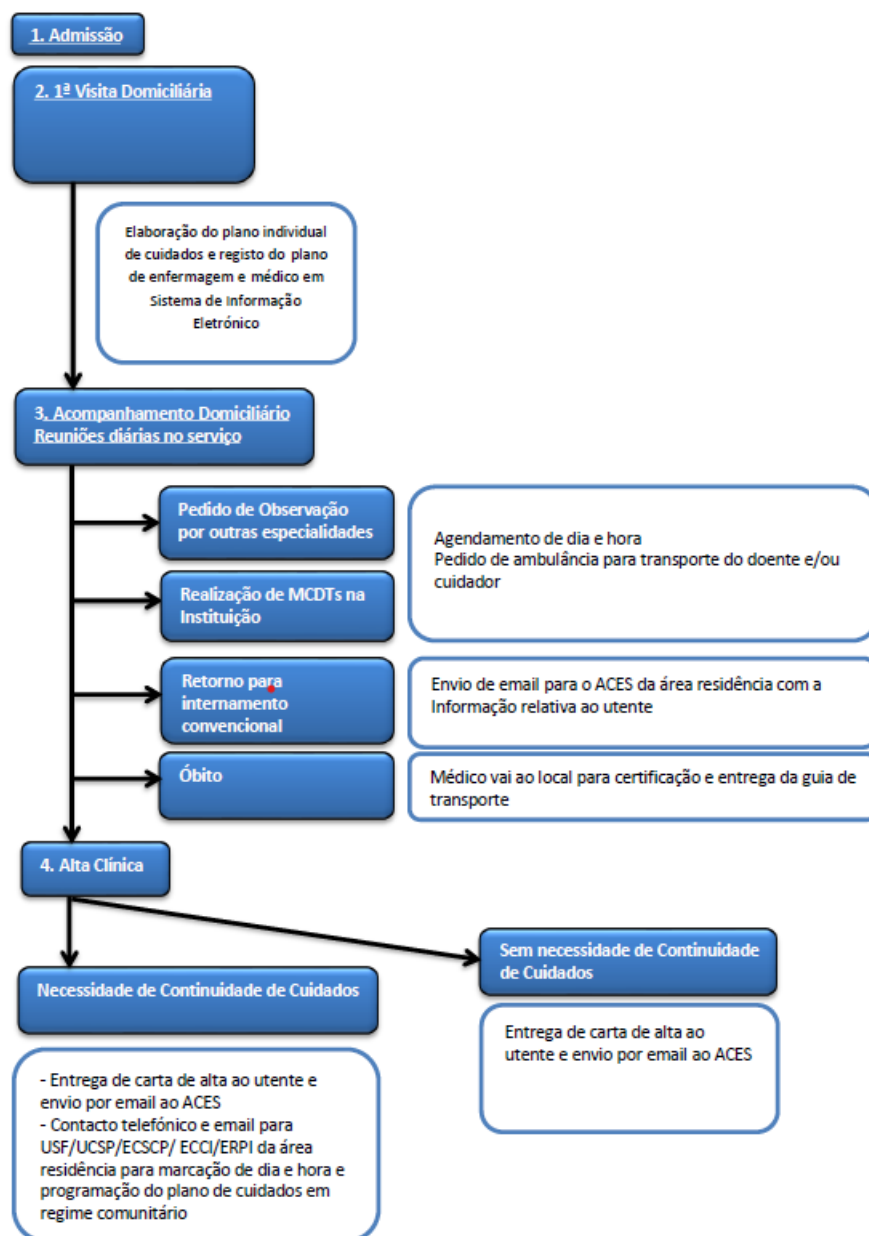
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel, 360p. ISBN 978-972-757-717-0.
- Varney, J., Weiland, T. J., & Jelinek, G. (2014). Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: An integrative review. In *International Journal of Evidence-Based Healthcare* (Vol. 12, Issue 2, pp. 128–141). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000011>.
- Xete, D. (2021). Patologia Oncológica e Hospitalização Domiciliária: Um Novo Horizonte? *Medicina Interna*, 28(2), 204–205. <https://doi.org/10.24950/ce/88/21/2/2021>.
- Yoshimatsu, K., & Nakatani, H. (2020). Home Visiting Nurses' Job Stress and Error Incidents. *Home Health Care Management and Practice*, 32(2), 110–117. <https://doi.org/10.1177/1084822319899392>.
- Yoshimatsu, K., & Nakatani, H. (2022). Attitudes of home-visiting nurses toward risk management of patient safety incidents in Japan. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00905-2>.

ANEXOS

Anexo A - Algoritmo de Admissão em Hospitalização Domiciliária

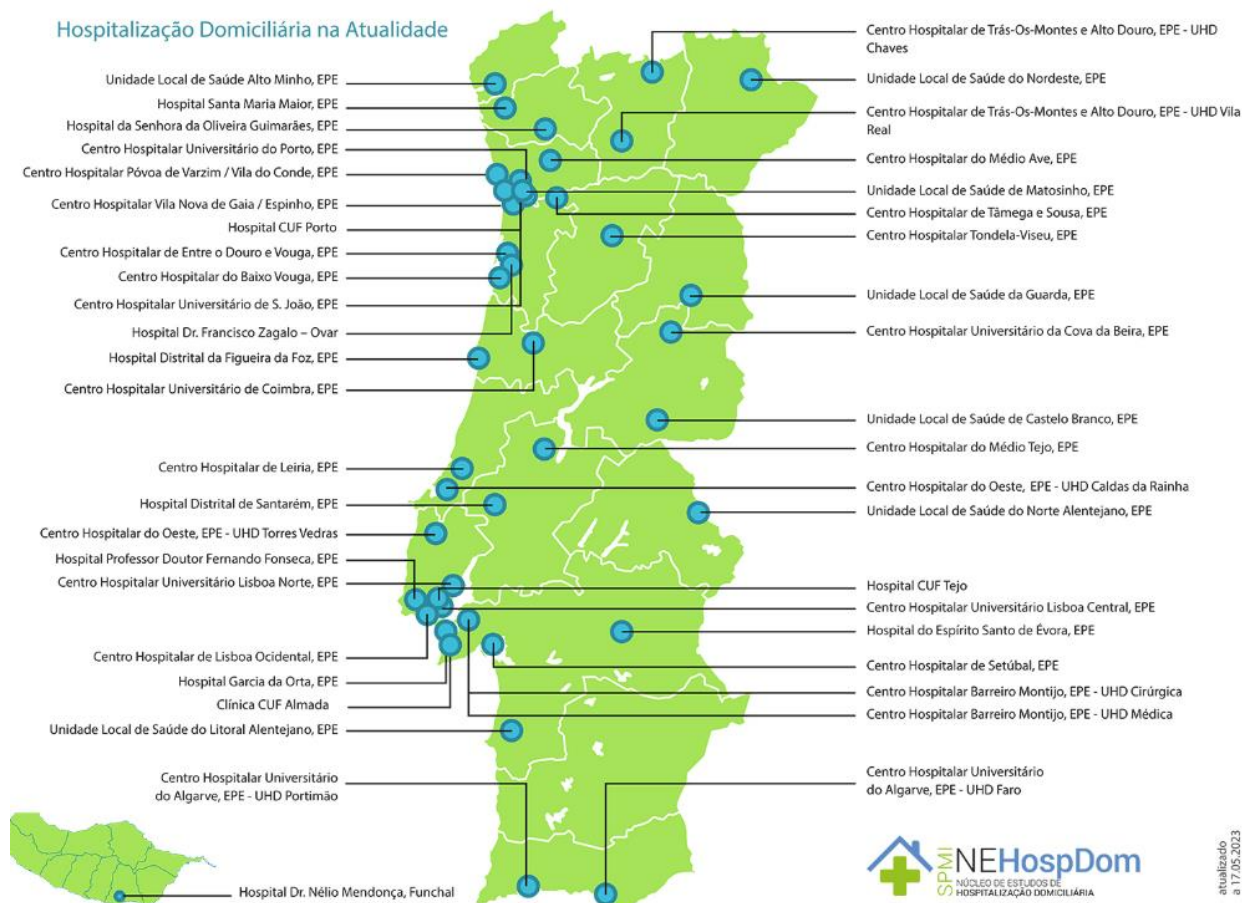


Anexo B - Algoritmo de Acompanhamento e Planeamento de Alta de Hospitalização Domiciliária



Anexo C - As Unidades de Hospitalização Domiciliária Portuguesas

As Unidades de Hospitalização Domiciliária portuguesas – atualizado a 17.05.2023



Anexo D - Guião das Entrevistas aos Coordenadores das Unidades de Hospitalização Domiciliária

Guião das Entrevistas aos Coordenadores das Unidades de Hospitalização Domiciliária

- Há quanto tempo foi formada a UHD?
- Quais os elementos que a compõem a equipa de HD?
- Recebem maioritariamente doentes oriundos do serviço de urgência ou de serviços de internamento? É efetuado um plano individual de cuidados em articulação com a equipa clínica que acompanhou o doente até ao momento da HD?
- De entre as patologias elegíveis quais são as situações mais frequentes?
- Existem critérios clínicos, sociais e geográficos para admissão em HD? Como são verificados?
- Quais as principais necessidades identificadas no contacto com os doentes/cuidador?
- Quais as intervenções mais solicitadas pelo doente? E pelo cuidador?
- Quais as maiores dificuldades com que se deparam ao prestar cuidados no domicílio?
- Existem constrangimentos em termos de articulação com as outras áreas e serviços assistenciais do hospital/ acesso a meios complementares de diagnóstico e consultorias com outras especialidades e em termos de partilha de informação? Quais os procedimentos de diagnóstico e terapêutica mais realizados em HD?
- Na preparação da alta do período de internamento domiciliário têm necessidade de fazer contactos para apoio da comunidade (ou outros), de forma a garantir a manutenção dos resultados obtidos? Articulam-se com os demais prestadores de cuidados de saúde e de apoio psicossocial da sua área de influência de forma a efetuar uma transição progressiva para os cuidados de saúde primários e/ou para a rede de RNCCI?
- Quais das intervenções efetuadas parecem ser mais valorizadas por parte dos doentes/cuidadores?
- Considera a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio constitui uma mais-valia para o doente/cuidador?
- Mantêm contacto com estes doentes/família após a alta da HD? Ou são encaminhados para outros profissionais?
- Projetos de melhoria da HD para o futuro?

Anexo E - Guião das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Guião das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

- Quais as principais necessidades identificadas no contacto com os doentes? E com os cuidadores?
- Estas necessidades foram identificadas com base no relato dos mesmos ou no que foi observado?
- O planeamento das intervenções foi efetuado em conjunto com o doente/ cuidador, ou estes têm conhecimento do mesmo?
- Quais as intervenções mais solicitadas pelo doente? E pelo cuidador?
- Quais as maiores dificuldades com que se depara ao prestar cuidados no domicílio?
- Quais das intervenções efetuadas parecem ser mais valorizadas por parte dos Doentes/Cuidadores?
- Para a realização do seu Plano de Cuidados individualizado tem necessidade de fazer contactos para apoio da comunidade (ou outros), de forma a garantir a manutenção dos resultados obtidos?
- Considera que o facto de prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio constitui uma mais-valia para o Doente/Cuidador?
- Em que áreas de intervenção poderíamos, como EEER, fazer uma maior aposta para promover o *empowerment* do Doente/Cuidador?
- Considera que a realização de sessões de ensino em grupo sobre determinadas temáticas específicas relacionadas com o Cuidar poderia ter um impacto positivo no desenvolvimento de competências individuais e na prevenção do cansaço do cuidador? E considera que os cuidadores iriam aderir?

Anexo F - Declaração de Autorização de Participação no Estudo

Declaração de Autorização de Participação no Estudo

Desde já nos comprometemos a respeitar a confidencialidade dos dados, bem como, garantir o seu anonimato (não revelando a sua identidade). Relembrando que esta atividade não é obrigatória e caso não queira participar ou interromper em qualquer momento da sua participação, em nada será prejudicado.

Se pretende colaborar, por favor, assine em baixo como está indicado.

Grato pela atenção dispensada.

Após ter recebido toda a informação sobre o projeto em questão, de uma forma livre e esclarecida, consinto participar no estudo.

Assinatura_____

Local, _____ Data, ____/____/____

Anexo G – Corpus da Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
1 - Transição de Cuidados para o Domicílio	1.1 - Identificação de necessidades	P1 “As necessidades são identificadas pelo doente/cuidador e enfermeiro, mas maioritariamente pelo enfermeiro” P2” Identificadas pela referência de outros colegas (do hospital e Unidades da comunidade) e a avaliação quando da visita domiciliária.” P3 “A identificação das necessidades é realizada principalmente com o que é observado, porque o doente tem a percepção que não tem necessidades e que está a fazer bem e que tem todos os recursos disponíveis e, o mesmo se passa em relação ao cuidador”; “O que constatei não é o que se passa na realidade.” P4 “Os cuidadores conseguem mais facilmente identificar as alterações e as necessidades que os próprios doentes. O próprio familiar nota uma respiração diferente, com maior esforço e dificuldade e referem que os incentivam a andar com oxigénio e eles não cumprem. Dizem que estão bem e depois temos saturações de oitenta e qualquer coisa principalmente à noite.”; “(...) em termos da reabilitação só podemos fazer se o doente quiser e, é importante percebermos isso e, é necessário fazê-lo perceber a necessidade e importância da reabilitação.”; “às vezes há um familiar ou outro, que perante um episódio de descompensação respiratória solicita se há possibilidade de se fazer alguma coisa relativamente a essa alteração e à drenagem de secreções (...) mas o doente propriamente dito (...) não tem essa consciência”; “que ainda não há uma grande percepção para o exterior do que é a enfermagem de reabilitação, do que ela pode promover e quais os seus benefícios.”
	1.2 - Necessidades do doente/cuidador informal	P1 “Restabelecimento da saúde afetada e da autonomia”; “Ajuda a melhorar as capacidades funcionais” P2 “Reabilitação respiratória e motora.”; “mobilização no leito, técnica de transferência, treino de marcha, de alguns exercícios para dar continuidade ao programa delineado”; “Necessidades do cuidador de promover a autonomia do doente nas diferentes atividades de vida”; “Ensinos aos cuidadores de mobilização no leito, técnica de levantar, apoio no andar e de alguns exercícios para dar continuidade ao programa delineado.” P3 “As principais necessidades foram a nível físico e clínico”; “De uma forma geral é necessária reeducação funcional motora, com a realização de mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas”; “Nos casos de reeducação funcional respiratória, sobretudo na mobilização e ajuda a expelir secreções. O cuidador quer aprender para poder realizar nos dias que o enfermeiro não vai, mas a maior parte dos cuidadores tem receio de realizar” P4 “A nível dos cuidadores foi a falta de conhecimento”; “Necessidade de reabilitação respiratória por causa das pneumonias, não temos tido tanta reabilitação motora já tivemos”; “No caso do banho (...) ensino sobre a entrada do doente na banheira com cadeira rotativa”; O que é assim mais requerido é o ensino do levantar, a transferência para a cadeira e vice-versa; já identificámos questões de deglutição comprometida em que fizemos ensino sobre o espessante”; “os recursos necessários são cama articulada, colchão anti escaras, cadeira de rodas, aspirador de secreções, cadeira de banho assistido” P5 “Informação e ensinos por exemplo de aspiração de secreções”; “É solicitado a reeducação funcional motora, com a realização de mobilizações passivas, passiva/ativas e assistidas, para evitar que o doente fique com anquilose.”
	1.3 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros	P1 “Por vezes é com as deslocações, locais ingremes, cães soltos e condições impróprias no domicílio, a maior dificuldade e a pior delas todas é o desinteresse de alguns cuidadores em serem envolvidos nos cuidados” P2 “Condições de habitabilidades e económicas, capacidades físicas dos cuidadores para colaborarem no processo de reabilitação” P3 “As barreiras arquitetónicas, como divisões pequenas, mobiliário mal distribuído, e dificuldades económicas para adquirir material/utensílios para a recuperação dos mesmos.” P4 “(...) um doente com alguma desorientação (...) tive que dispor o quarto de outra forma, tive que arrastar a cama toda para o pé da parede de forma a limitar ao máximo os espaços de saída, retirámos tapetes, ou seja, despertamos as pessoas para os riscos do domicílio (...) por exemplo os móveis com saliências bicudas, aconselhamos a colocar umas borrachas para proteção, no caso de doentes com desequilíbrio na marcha”; “Depois

		temos o problema das cadeiras de rodas. As casas não estão preparadas para cadeiras de rodas, uma cadeira de rodas não faz um ângulo de 360° na maioria das casas de banho e, algumas nem passam nas portas. Tivemos um senhor que adaptou uma cadeira de cozinha, colocou quatro rodas e fez uma cadeira de rodas para a esposa (...) e resultou”; “não possuímos os materiais que temos no hospital, muitas vezes temos de improvisar (...) por exemplo os alteadores de sanitas, alteres, andarilhos, não temos nenhum tipo de ajudas técnicas (...) os improvisos passam por cabos de vassoura, cabos de esfregonas, sacos de arroz para fazer pressão diafragmática” (...) Temos tido muitos doentes com pneumonias e com necessidade de fazer oxigenoterapia no domicílio e sem cama articulada, com necessidade de manter a cabeceira elevada para a pessoa respirar melhor, temos de improvisar com colchas e cobertores, fazemos uns rolos, colocamos por baixo do colchão e resolvemos o problema”; “fazemos o ensino e validamos no momento, mas nada nos garante que ele continua a fazer. Nós dizemos olhe vá fazendo isto três vezes ou quatro vezes ao dia, mas depois não há um acompanhamento e uma verificação” P5 “a família muitas vezes não aceita tudo o que nós dizemos que deve ser feito. Por exemplo (...) um doente que eu seguia para fazer o levantar, eu explicava à esposa que este deveria utilizar uma roupa confortável, de preferência que não fosse apertada e de algodão, para promover conforto e facilitar as abordagens, como as transferências e posicionamentos enquanto sentado, para ir aliviando algumas zonas de pressão. O senhor não era obeso, mas era um homem muito grande e muito pesado, mas a esposa fazia questão que o senhor estivesse, com calças de fazenda, além da fralda que tinha mesmo que usar, com um cinto, camisa e gravata, o que dificultava toda a prestação de cuidados. E, portanto, o que aconteceu foi que o senhor morreu com umas escaras de decúbito brutais na sagrada”; “no hospital respeitando a opinião do doente/família acabamos por fazer aquilo que consideramos que é necessário e a família acaba por aceitar. Em casa como a família está a pagar um serviço quer que façamos à sua maneira e consoante a sua vontade e, por vezes sentes que conseguirias fazer muito mais por aquela pessoa e não te é permitido”
	1.4 - Intervenções mais valorizadas pelo doente/cuidador informal/família	P1 “Recuperação da marcha e tolerância ao esforço” P2 “Promoção da autonomia do utente e mobilizações e marcha autónoma, melhoria do quadro respiratório” P3 “O que mais valorizam é levantar da cama ou de um cadeirão, ou a realização de uma higiene, também a alternância de decúbitos no leito, o facto de poderem andar apenas com ajuda de um cuidador ou um andarilho, ou começar a comer sozinho com o utensílio, ou ficar a respirar melhor sem recurso a oxigénio, ou conseguir a sua redução.” P4 “damos o número de prevenção que o doente pode ligar sempre que tiver alguma dificuldade ou dúvida, o que lhes dizemos é que deve funcionar como se fosse a campainha do hospital. Mas o que nós verificamos muitas vezes é que ocorrem situações e as pessoas não ligam, pois referem que não quiseram estar a incomodar. Por exemplo situações como: o doente teve um acesso de tosse, dessaturou e teve dificuldade em recuperar; ou a caixa da medicação caiu e os medicamentos misturaram-se todos e, o que é que a pessoa fez? Juntou os comprimidinhos todos guardou em cima da mesa e esperou que nós lá voltássemos no dia seguinte. E o doente não fez as tomas todas da medicação, como deveria. Em HD, no turno da tarde só nos deslocamos a casa do doente internado se o colega que lá foi de manhã entende, ou por indicação médica, ou porque o doente tem medicação endovenosa, caso contrário não vamos.” P5 “Gostava que eu estivesse presente na altura de alimentar o doente para que, se ele se engasgasse e houvesse necessidade de o aspirar eu estar ali ao lado, também a alternância de decúbitos no leito, transferência da cama para um cadeirão, aspiração de secreções e ensinos”; “Apoio emocional, com necessidade de conversar e relatar o dia a dia da pessoa cuidada, também no sentido de validação do que foi efetuado, ou do que poderia ser efetuado de maneira diferente”; “No caso de uma situação de urgência, ligava para mim e pedia para eu ir lá depressa e, que de seguida ia ligar ao INEM. Mas sentia necessidade de me ter lá para a apoiar.”
2 - Intervenção do EEER no Domicílio	2.1 - Planeamento das intervenções	P1 “O planeamento das intervenções é quase sempre efetuado por ambos” P2 “Planeamento em conjunto com o utente e com o seu cuidador.” P3 “De uma forma geral, e inicialmente o planeamento foi realizado pelo enfermeiro e numa fase posterior em conjunto com o doente e com o cuidador”; “até porque no início o doente/cuidador considera que o enfermeiro de reabilitação é soberano e é pleno do conhecimento, com o passar do tempo é desmistificado essa perceção.”

		P4 “O plano é efetuado pelos EEER e depois discutido com a restante equipa multidisciplinar, depois é acordado com a família” P5 “O planeamento é feito pelo enfermeiro de acordo com as necessidades do doente, mas por vezes estando a família a pagar o serviço e estando no seu ambiente, quer que seja feito à sua maneira.”
	2.2 - Ganhos para o doente	P1 “Diminuição de riscos, maior motivação da doente e melhor adaptação das intervenções às barreiras do domicílio” P2 “o utente poder recuperar no seu ambiente é mais produtivo, está mais motivado pois esta no seu espaço.” P3 “De uma forma geral é efetuada reeducação funcional motora, com a realização de mobilizações passivas, passiva/ativas e assistidas, e alguns casos de reeducação funcional respiratória, sobretudo na mobilização de secreções e ajuda a expelir.” P4 “Ele acaba por trabalhar com objetos que conhece na íntegra e com os quais vai trabalhar para sempre. Portanto não mudamos os corredores, não se muda a cama é tudo igual e, portanto, isso é uma mais-valia. E promovemos bastante mais a autonomia. No hospital por vezes fazemos ensinos e treino de marcha com um dispositivo, mas em casa até existe outro dispositivo que se adapta melhor ao espaço, e o doente vai necessitar novamente de um tempo de adaptação. Por exemplo no hospital ele treina a marcha com uma pirâmide, mas depois compra umas canadianas e a base de sustentação é completamente diferente e vai precisar de se adaptar ao novo dispositivo” P5 “Sim, sem dúvida, embora seja necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar. Porque mesmo que a família não aceite algumas orientações é necessário o apoio de outros profissionais.”
	2.3 - Ganhos para o cuidador informal/família	P2 “Não ter constrangimentos com as deslocações do familiar.” P3 “O cuidador quer aprender para poder realizar nos dias que o enfermeiro não vai. Mas a maior parte dos cuidadores tem receio de realizar.” P4 “Sim, sem dúvida, mas acho que ainda não há uma grande perceção para o exterior do que é a enfermagem de reabilitação e do que ela pode promover e quais os seus benefícios.” P5 “Era efetuado ensino em relação ao aspirador de secreções, mas mesmo assim a esposa gostava que eu estivesse presente na altura de alimentar o marido, para se ele se engasgasse e houvesse necessidade de o aspirar eu estar ali ao lado.”
	2.4 - Ganhos para a equipa de saúde	P2 “Tornar o cuidador um parceiro ativo e motivado na reabilitação do seu utente, com ensinos e treino pois sem a sua colaboração pode não haver continuidade do trabalho realizado.” P3 “temos a possibilidade de fazer o treino de habilidades em contexto real”; “Sem dúvida, posso dizer que não se atingiu uma mais-valia a 100%, mas no geral penso ter concretizado uns 80% dos objetivos definidos, que já é muito gratificante.” P5 “o EEER funciona como coordenador do caso, no ensino, vigilância e orientação dos cuidados realizados e articulação com a fisioterapia (em que complementam o plano de intervenção), médico, nutricionista, assistente social”; “o enfermeiro tem um papel essencial, embora seja necessário o envolvimento e empenho de uma equipa multidisciplinar, com o doente/cuidador informal/família”
	2.5 - Implicações a nível pessoal e emocional	P3 “posso dizer que não se atingiu uma mais-valia a 100%, mas no geral penso ter concretizado os objetivos definidos a uns 80%, o que já é muito gratificante.” P5 “O facto de ver aquele senhor a decair dia para dia causou-me um grande sofrimento, pois com tantas possibilidades económicas, e ele tinha todo o tipo de apoio, mas tinha uma mulher que queria que aquilo fosse à maneira dela e não aceitava as nossas orientações”; “Era um doente com alzheimer que progressivamente foi perdendo as suas capacidades cognitivas e funcionais, e na minha opinião se a esposa tivesse aceitado as nossas orientações ele ainda poderia estar vivo ou pelo menos teria tido uma morte mais digna”
3 - Promoção da Manutenção da	3.1 - Articulação com outros serviços	P1 “Sim em algumas situações” P2 “Sim, articulação com a assistente social da equipa, e outras instituições das comunidades “ P3 Sim, foi raro, mas houve alguns casos, embora ainda haja escassez de recursos na comunidade”

Continuidade dos Cuidados		P4 “Sim, em algumas situações, por exemplo seguíamos um casal de idosos, em que a senhora já tinha alguma limitação na locomoção, utilizava um andarilho dinâmico e não conseguia entrar na banheira. Então nós conseguimos junto da assistente social e da comunidade que fossem efetuadas obras ali em casa para retirar a banheira e colocar uma base de duche. O doente que estávamos a seguir era o senhor. Mas identificámos aquele problema e conseguimos solucionar.” P5 “Sim, articulação com os enfermeiros do centro de saúde que iam realizar os pensos, com as ajudantes técnicas que iam prestar os cuidados de higiene e fazer as transferências e, com todas as especialidades a nível hospitalar consideradas necessárias, nomeadamente pneumologia e gastroenterologia”
	3.2 - Possíveis áreas de intervenção	P1 “Em todas as da nossa competência: reabilitação motora, respiratória, eliminação, disfagias etc.” P2 “Tornar o cuidador um parceiro ativo e motivado na reabilitação do seu utente, com ensinos e treino pois sem a sua colaboração não pode haver continuidade do trabalho realizado” P3 “A nível do ensino e formação e, de promover apoio emocional e psicológico ao cuidador. Levar o cuidador a ser mais participativo.” P4 “Se calhar devíamos dar maior ênfase ao ensino do doente e familiares para ajustarem o ambiente no domicílio, para prevenir as quedas. Dizer quais os perigos, mas claro, nós estamos a entrar em casa das pessoas, podemos alertar apenas. Eles têm muito medo da perda de autonomia. Ensino sobre os broncodilatadores aos familiares sobre como é que se posiciona o doente na cama, como é que ele se pode mobilizar, como é que se pode mudar a fralda, porque há muito aquela tendência de mudar a fralda como aos bebés, mas que não resulta nos adultos. Normalmente aproveito logo na primeira visita pois normalmente quando o doente chega a casa os familiares estão lá todos por norma.” P5 “Educação para a Saúde - Ensino e formação ao cuidador e outros apoios da comunidade (assistentes operacionais) e promover apoio emocional e psicológico”; “Identificação de necessidades, estabelecer um plano exequível se possível com o doente/família e tendo em conta os recursos económicos da família, ensino, muito ensino e se possível não só a uma pessoa, ao cuidador principal, mas tentar envolver outros membros da família, vizinhos ou amigos; disponibilizarmos o contacto telefónico para esclarecer qualquer duvida, e fazer o controlo da situação, além das visitas efetuadas, fazer contactos telefónicos para perceber se está tudo a correr bem”; “reconhecer os recursos da comunidade e estabelecer as articulações por exemplo com o centro de saúde e sinalizações necessárias.”
	3.3 - Implementação de Sessões de Grupo	P1 “Sim seria uma mais-valia, mas seria facilitador o uso das novas tecnologias” P2 “As sessões de grupo podem ser uma opção de formação teórica, de informação sobre conceitos e intervenções. Pode favorecer a partilha entre cuidadores com situações similares. Mas muitas vezes estes cuidadores não têm quem os substitua e não querem deixar os seus utentes sozinhos e por isso não aderirem.”; “Era importante ter mais que um cuidador treinado para a prestação de cuidados para não sobrecarregar. Ou ter apoio pois facilmente pode o cuidador entrar em exaustão se for um cuidador por tempo prolongado.” P3 “Sim, impacto positivo irá ter certamente, até porque em grupo os cuidadores se libertam e perdem receios de colocar questões, mais complexas na sua área de atuação. A maior parte dos cuidadores iriam aderir sim, dependendo da faixa etária e nível socioeconómico.” P5 “Sim, sem dúvida que era benéfico porque aí iria permitir uma partilha de experiências entre cuidadores e a partilha de experiências e, é sempre uma mais-valia e acho que as pessoas iriam aderir. Estas sessões permitiriam a partilha de estratégias, que são encontradas por quem está as vinte e quatro horas com a pessoa dependente, e que a que conhece bem, o que é altamente importante e, às vezes são pequenos truques que se podem transportar para outras situações e adaptar noutros contextos. No entanto estas sessões seriam um pouco como os ensinos que são efetuados no hospital e que são um pouco às cegas, porque não conhecemos o contexto real do doente, nem as adaptações necessárias a efetuar. Se houvesse possibilidade de o EEER que segue o doente e conhece as suas necessidades e particularidades, efetuar estas sessões por exemplo na casa do doente, a duas ou mais cuidadoras, era importantíssimo e permitiria personalizar os cuidados. Pode ser difícil conseguir fazê-lo, mas era excelente.”