

# A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FATORFACILITADOR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/ DOENÇA

Santos, Júlia; Alexandre Miguel, Alexandre; Pereira, Licínio; Silva, Mónica; Fonseca, Paula; Príncipe, Fernanda; Mota, Liliana

A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FATORFACILITADOR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

Revista de Investigação & Inovação em Saúde, vol. 4, núm. 2, 2021

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis, Portugal

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=677772687008>

DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.116>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

## A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FATORFACILITADOR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

HomeHospitalization as a facilitating factor in the health/disease transition process

Hospitalización Domiciliaria como factor facilitador en el proceso de transición salud/enfermedad

*Júlia Santos \**

*Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*

 <https://orcid.org/0000-0002-5808-3633>

DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.116>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=677772687008>

*Alexandre Alexandre Miguel \*\**

*Centro Hospitalar Universitário São João, Brasil*

 <https://orcid.org/0000-0002-7838-2219>

*Licínio Pereira \*\*\**

*Centro Hospitalar Baixo Vouga, Portugal*

 <https://orcid.org/0000-0002-4314-0121>

*Mónica Silva \*\*\*\**

*Centro Hospitalar Universitário São João, Brasil*

 <https://orcid.org/0000-0002-4586-086X>

*Paula Fonseca \*\*\*\*\**

*Centro Hospitalar Universitário São João, Brasil*

 <https://orcid.org/0000-0001-7578-6149>

*Fernanda Príncipe \*\*\*\*\**

*Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha*

*Portuguesa/ CINTESIS, Portugal*

 <https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

---

### NOTAS DE AUTOR

- \* RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - <https://orcid.org/0000-0002-5808-3633> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\* RN, Enfermeiro do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0002-7838-2219> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\*\* RN, Enfermeiro do Centro Hospitalar Baixo Vouga - <https://orcid.org/0000-0002-4314-0121> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\*\*\* RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0002-4586-086X> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\*\*\*\* RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0001-7578-6149> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\*\*\*\* PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS -<https://orcid.org/0000-0002-1142-3258> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article
- \*\*\*\*\* PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS -<https://orcid.org/0000-0003-3357-7984> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

Liliana Mota \*\*\*\*\*

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha  
Portuguesa/ CINTESIS, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

Recepción: 15 Febrero 2021

Aprobación: 30 Octubre 2021

## RESUMO:

**Enquadramento:** a Hospitalização Domiciliária (HD) foi criada como alternativa ao internamento convencional e pretende-se que seja um modelo de prestação de cuidados tendo por missão contribuir para o melhor nível de saúde e bem-estar da pessoa doente, que necessitem transitoriamente de cuidados de nível hospitalar, com enfoque na promoção da autonomia e recuperação funcional da pessoa. **Objetivos:** compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa em HD. **Metodologia:** estudo qualitativo e descriptivo. A amostra foi selecionada por conveniência e de forma intencional. A recolha de dados foi efetuada através da realização de um focus group, composto por cinco enfermeiros especialistas a exercer funções em unidades de hospitalização domiciliária distintas da região norte e centro do país. **Resultados:** emergiram quatro categorias: Critérios de admissão, Benefícios da HD, Dificuldades na implementação de HD e Intervenções de Enfermagem. **Conclusão:** como terapêuticas de enfermagem à pessoa em HD salienta-se a capacitação da pessoa/cuidador através do ensino personalizado, a eficácia na gestão do regime terapêutico, a prevenção de quedas e a promoção do autocuidado. Com a implementação destas terapêuticas facilita-se os processos de transição saúde/doença, com impacto significativo na melhoria da qualidade de vida das pessoas alvo de HD.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidados de enfermagem, enfermagem domiciliar, serviços hospitalares de assistência domiciliar.

## ABSTRACT:

**Background:** home Hospitalization (HD) was created as an alternative to conventional hospitalization and it is intended to be a model of care at home with the mission of contributing to the best level of health and well-being of the sick person, who are in temporary need of care hospital level, with a focus on promoting the person's autonomy and functional recovery. **Objectives:** understand the health/illness transition process of people on HD. **Methodology:** qualitative and descriptive study. The sample was selected for convenience and intentionally. Data collection was carried out through a focus group, composed of five specialist nurses performing functions in home hospitalization units distinct from the north and center of the country. **Results:** four categories emerged: Admission criteria, Benefits of home hospitalization, Difficulties in implementation and Nursing interventions. **Conclusion:** as nursing therapies for the person undergoing home hospitalization, the training of the person/caregiver through personalized teaching, the effectiveness in the management of the therapeutic regime, the prevention of falls and the promotion of self-care are highlighted. With the implementation of these therapies, nurses facilitate health/illness transition processes, with a significant impact on improving the quality of life of people targeted by home hospitalization.

**KEYWORDS:** nursing care, home health nursing, home care services, hospital-based.

## RESUMEN:

**Marco contextual:** la Hospitalización Domiciliaria (HD) se creó como una alternativa a la hospitalización convencional y se pretende que sea un modelo de prestación de cuidados cuya misión es contribuir al mejor nivel de salud y bienestar del enfermo, con foco en promover la autonomía y recuperación funcional de la persona. **Objetivos:** comprender el proceso de transición salud / enfermedad para personas en HD. **Metodología:** estudio cualitativo y descriptivo. La muestra fue seleccionada por conveniencia e intencionalmente. La recolección de datos se realizó a través de un grupo focal, integrado por cinco enfermeras especializadas que laboran en diferentes unidades de hospitalización domiciliaria en las regiones norte y centro del país **Resultados:** surgieron cuatro categorías: Criterios de admisión, Beneficios de la HD, Dificultades en la implementación de la HD e Intervenciones de Enfermería. **Conclusión:** como terapias de enfermería para personas en HD, se destaca la formación de la persona / cuidador a través de la enseñanza personalizada, la efectividad en el manejo del régimen terapéutico, la prevención de caídas y la promoción del autocuidado. Esta implementación facilita los procesos de transición salud / enfermedad, con un impacto significativo en la mejora de la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** atención de enfermería, cuidados de enfermería en el hogar, servicios de atención a domicilio provisto por hospital.

## INTRODUÇÃO

Atualmente com o aumento da esperança média de vida, devido à melhoria das condições de higiene e dos cuidados de saúde prestados no último século, assiste-se ao envelhecimento da população, que se associa a um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e à solicitação crescente do número de camas hospitalares (Delerue & Correia, 2018).

A Hospitalização Domiciliária (HD) centra-se no doente, procurando ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares (DGS, 2018).

Sendo a HD composta por uma equipa multidisciplinar, pretendemos descontar o papel do enfermeiro na HD, explorando as terapêuticas de enfermagem à pessoa em HD, percebendo de que forma estas intervenções são facilitadoras do processo de transição/doença. Assim sendo, é objetivo deste estudo compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa em HD.

## ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante o percurso de vida as pessoas deparam-se com diversas alterações, com impacto individual e familiar, iniciando processos de transição (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

As transições de saúde/doença estão associadas a alteração e incerteza do processo de vida e a sua resposta terapêutica, devido a impressibilidade dos factos e dos acontecimentos, interferindo na vivência quotidiana da família (Mendes, 2020). A transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o enfermeiro assiste as pessoas nos processos de transições que ocorrem ao longo do ciclo vital (Meleis, 2007), ajudando a pessoa a desenvolver competências e habilidades para que a transição ocorra com sucesso (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

*“Devido às melhorias das condições higiene e sanitárias, e dos cuidados de saúde prestados no último século, assiste-se a um aumento da esperança média de vida. Consequentemente assiste-se igualmente ao envelhecimento da população, que se associa também a um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, o que representa neste momento um problema transversal aos sistemas de saúde do mundo ocidental, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e a solicitação crescente do número de camas hospitalares” (Delerue & Correia, 2018).*

As Unidades de Hospitalização Domiciliária foram criadas como modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio por um período transitório em alternativa ao internamento hospitalar convencional (Voudris & Silver, 2018). Em Portugal o início das UHD foi em 2015 no Hospital Garcia da Horta (Cunha, Escarigo, Correia, Nortadas, Azevedo, & Beirão, 2017). A HD permite que o doente receba cuidados na sua própria casa, iguais em qualidade e quantidade aos prestados no hospital, reunindo assim os critérios clínicos, sociais e geográficos, e sempre de acordo com a vontade do doente e da sua família (Cotta, Suárez- Varela, González, Filho, Real, & Ricós, 2001).

Este tipo de modelo de assistência hospitalar apresenta algumas vantagens que são transversais ao doente, à sua família e ao hospital (Fernández-Miera, 2009). Desta forma, proporciona aos doentes, familiares ou cuidadores melhor atenção, participação e responsabilidade; melhor qualidade de vida e bemestar, assistência personalizada, oportunidade de educação para saúde e menor risco de iatrogenia. A nível hospitalar, maior rentabilidade dos recursos disponíveis, maior rotação e disponibilidades de camas, redução do período de internamento; no sistema nacional de saúde, aumenta a eficácia e eficiência mediante assistência mais humanizada e uso mais eficaz dos recursos (Mariano, et al., 2021).

## METODOLOGIA

Estudo de investigação qualitativo e descritivo, com recurso à realização de um focus group como estratégia de recolha de dados. Os participantes foram selecionados através de uma técnica de amostragem de conveniência e de forma intencional, composta por cinco enfermeiros especialistas a exercer funções em unidades de HD distintas da região norte e centro de Portugal. Na seleção dos participantes foi considerado como critério de inclusão ser enfermeiro especialista a exercer funções numa unidade de HD. A recolha de dados decorreu em setembro de 2020. O guião do focus group foi constituído por questões abertas de forma a facilitar a expressão livre dos participantes. Foi realizada gravação áudio de 50 minutos do focus group, posteriormente transcrita verbatim num documento de texto com recurso ao software Microsoft Word e realizada uma codificação dos participantes (sujeito E1, sujeito E2...) de forma a garantir o anonimato. Foi realizada análise de conteúdo com categorização à posteriori de acordo com Bardin (2015).

Os enfermeiros não apresentaram objeções às questões abordadas e a condução do guião traduziu flexibilidade, criatividade, fluindo naturalmente entre os intervenientes. Os procedimentos éticos foram garantidos, sendo previamente fornecida toda a informação acerca do estudo. Foi também garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes sendo fornecido um termo de consentimento informado, assegurando-se a participação livre e esclarecida a cada participante. O estudo teve parecer favorável da Comissão de ética (Parecer 019/2020).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes no focus group são cinco enfermeiros, sendo que três (60%) são do género feminino. A idade dos participantes varia entre os 36 e 52 anos, com uma média de idades de 44,6 ( $\pm 7,08$ ) anos. O tempo de exercício da atividade profissional varia entre os 12 e os 30 anos, com uma média de 22,6 ( $\pm 7,89$ ) anos. Todos os participantes exercem funções em HD, e integraram as equipas instaladoras destas unidades nas instituições onde exercem funções, sendo que três (60%) dos enfermeiros que participaram no estudo exercem funções de enfermeiro coordenador. Todos possuem o título de enfermeiro especialista, dois (40%) em enfermagem médico-cirúrgica, dois (40%) em enfermagem de reabilitação e um (20%) em enfermagem comunitária. Três (60%) dos participantes possuem o grau de mestre e um (20%) dos participantes encontra-se a frequentar o doutoramento.

Da análise dos resultados obtidos, emergiram quatro categorias baseadas na temática das intervenções de enfermagem em clientes hospitalizados no seu domicílio: Critérios de admissão na HD, Benefícios da HD, Dificuldades na implementação de HD e Intervenções de Enfermagem.

Relativamente aos critérios de admissão na HD estes dividem-se claramente em duas subcategorias, a área médica e a área cirúrgica. Embora a DGS (2018) tenha já definido a tipologia de clientes bem como as patologias elegíveis para a HD, foi de salientar, que do foro médico os participantes referem:

- “temos tido desde insuficiências cardíacas” (E2).
- “pneumonias, insuficiências respiratórias” (E4).
- “pielonefrites, as celulites, erisipelas” (E5).

Os doentes do foro cirúrgico têm uma casuística cada vez maior.

- “doentes com colangites e colecistites” (E1).
- “área da urologia, pielonefrites e prostatites” (E3).
- “ortopédicos também temos tido” (E2).
- “osteomielites, espondilodiscites” (E1).

Todas estas situações vêm de acordo com as patologias elegíveis para a HD: patologia infeciosa aguda que requeira tratamento antibiótico parentérico ou patologia crónica agudizada controlável no domicílio (DGS, 2018).

No que concerne aos benefícios da HD, durante a realização do focus group os participantes referiram como relevante a gestão de camas disponíveis, a proximidade com as reais necessidades do cliente e um cuidado personalizado, potenciando a eficácia da gestão do regime terapêutico e a qualidade de cuidados, que se traduz na satisfação do cliente.

A HD implica o consentimento esclarecido por parte do cliente e pode realizar-se por duas vertentes. Uma consiste em direcionar os clientes do serviço de urgência/comunidade diretamente para a HD, e outra visa diminuir o tempo de internamento convencional após a estabilização clínica. O intuito é prestar cuidados de saúde com rigor clínico a quem necessitar de cuidados hospitalares e possa prescindir do espaço físico hospitalar.

*“doentes só vão para casa com o seu consentimento livre e esclarecido” (E5).*

*“nem sequer chegam a ficar internados, vão logo diretamente para casa connosco” (E5).*

*“ora referenciados pelos médicos de família ora referenciados também pela consulta que nós temos de cardiologia” (E4).*

*“saímos da cabeceira para passar a andar realmente no domicílio do doente” (E5).*

De acordo com as diretrizes do SNS, a HD torna mais eficientes os meios disponíveis e aumenta o bem-estar do cliente e da família. Aponta para o aumento de disponibilidade de camas em internamento convencional e ainda para a redução das complicações associadas a este como a infeção cruzada, quedas e delirium.

*“acabamos por ir diminuindo a lotação a nível do internamento convencional” (E5).*

*“no fundo retirar doentes e permitir que essas camas sejam ocupadas por doentes que necessitem mesmo de ficar no hospital” (E3).*

*“vantagens que nós estávamos à espera, diminuição dos riscos de queda, diminuição das úlceras de pressão” (E5).*

*“doentes que ficam confusos em meio hospitalar e que nas suas casas, no seu meio acabam por estar muito mais orientados, muito mais colaborantes” (E5).*

*“a melhoria do estado confusional dos doentes após irem para o seu domicílio. O facto de terem menos ruído, menos luminosidade, conhecerem o espaço circundante” (E1).*

*“tudo nos leva a querer que em termos de infeções adquiridas no meio hospitalar diminuem também drasticamente” (E3).*

A doença condiciona a forma como cada indivíduo e a sua família se comporta, é o seu foco de atenção e preocupação (Mendes, 2020). A atuação de enfermagem passa por observar e avaliar as várias individualidades, no intuito de estabelecer diagnósticos e respetivo plano de atuação.

*“é muito mais fácil compreendermos no seu meio” (E5).*

*“porque nós estamos junto do doente, nós conseguimos perceber coisas tão simples” (E2.)*

*“as modificações são ali naquele momento junto da pessoa dos seus e daqueles que vão prestando os cuidados e das condições que eles têm” (E5).*

A relação entre a família e os profissionais de saúde é o núcleo dos cuidados centrados no binómio doente/família, considerando a família como parceira no fornecimento de cuidados de saúde. Por este motivo, é importante perceber as reais necessidades do doente e família a viver este processo de transição (Mendes , 2020).

*“a responsabilização que se dá à família, ao cuidador” (E2).*

*“trabalhar com a família de forma a habilitar o doente para as suas atividades de vida diária” (E3).*

*“fazemos sempre o ajuste com a família” (E1).*

*“nós sabemos que esta família vai colaborar” (E5).*

A HD permite a observação do cliente e família no seu ambiente, a identificação das efetivas necessidades. O plano de atuação é dirigido e atende à realidade deste binómio, potenciando o seu bem-estar. Desta forma,

facilita a reformulação de identidade e mudança de comportamentos, podendo evitar recidivas da doença. É um cuidar personalizado, promovendo um processo dinâmico, um projeto de saúde individualizado, onde os vetores de ação são quer o indivíduo no seu todo como um ser biopsicossocial, quer a sua família.

*“ali os dados estão em toda a casa” (E5).*

*“quando a equipe se desloca ao local, acaba por ter uma realidade muitas vezes diferente daquilo que nós estávamos a esperar” (E3).*

*“a diferença que existe entre o internamento convencional e a hospitalização domiciliária, é sermos o mais ajustados à realidade dos nossos doentes.” (E2).*

*“estarmos presentes e de percebermos a envolvência até percebemos se o cuidador é capaz de o fazer ou se pelo menos existe um cuidador” (E1).*

A satisfação é um conceito essencialmente subjetivo, influenciado por fatores psicosociais como as expectativas e a interação com os profissionais (Esperidião & Trad, 2006). O cliente e a família são o centro do processo, desta forma é relevante a sua satisfação. Um processo terapêutico positivo é facilitador para o alcance dos resultados esperados. A qualidade de cuidados relaciona-se de forma direta com a satisfação do doente e família (Mendes, Mantovani, Gemito, & Lopes, 2013).

*“grande satisfação que os doentes demonstram e os seus familiares” (E5).*

*“nós notamos pelos agradecimentos que nos fazem por todo o reconhecimento” (E5).*

*“conseguimos perceber a diferença que fazemos na vida das pessoas” (E5).*

A norma 020/2018 da DGS (2018) refere que as visitas ao domicílio devem ser programadas de acordo com a individualidade do cliente e referencia que nas primeiras 24horas e na data da alta a visita deve ser multidisciplinar. Os enfermeiros deixam claro que os ensinos efetuados na primeira visita são de extrema relevância para que o cliente se mantenha em cuidados domiciliários e que nas primeiras 24horas são necessárias pelo menos duas visitas ao domicílio.

*“de manhã temos uma visita com médico e enfermeiro, e à tarde estamos sozinhos” (E2).*

*“na admissão do doente, precisamos de normalmente quase de hora e meia.*

*“A equipe de tarde volta lá para reforçar todos os ensinos que iniciamos de manhã porque é muita informação” (E3).*

*“as visitas efetuadas no turno da tarde são de extrema importância” (E1).*

*“no dia da entrada, independentemente da hora, nem que seja às dez, onze da noite o enfermeiro faz acolhimento nesse dia” (E1).*

*“poderá refletir na diminuição do número de ativações e número de retornos dos doentes para o hospital” (E1).*

As instituições são responsáveis por providenciar os meios e recursos necessários aos profissionais de modo a permitir o exercício de funções de forma eficiente e efetiva (Ribeiro, 2013).

*“Nós damos uma hora para cada doente, ou seja, dessa hora 45 minutos é para avaliar o doente, 15 minutos é para fazer a deslocação” (E3).*

*“temos uma equipa de seis enfermeiros no terreno” (E3).*

O número de horas de cuidados necessários é referenciado pelos enfermeiros como o tempo. A gestão dirigida para os cuidados prende-se com o estabelecer de uma correta atribuição de enfermeiros dirigida a melhores resultados para os doentes (ICN, 2007). Ao analisar o discurso dos enfermeiros percebe-se que os cuidados prestados no domicílio, rentabilizam o número de minutos disponibilizados a cada cliente. A interação ocorre num espaço físico dedicado exclusivamente ao cliente, a atenção do profissional é dirigida de forma individualizada e não existem interrupções neste processo. Emerge o conceito atual de tempo de qualidade.

*“temos que fazer uma gestão muito apertada, digamos assim, de todo o tempo para tornar esse tempo efetivo e de qualidade” (E3).*

*“o tempo que se passa é efetivamente um tempo melhor, um tempo em que o doente ganha mais” (E5).*

*“nós estamos 100% disponíveis para esse doente” (E2).*

*“o mais importante é a qualidade desse tempo” (E2).*

A Organização Mundial de Saúde refere que a toma de medicação, o cumprimento da dieta e a alteração de hábitos e estilos de vida, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde, definem a adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

A confiança nos enfermeiros prestadores de cuidados, o ajuste à realidade do cliente, o esclarecer de dúvidas e a compreensão dos processos de transição são parâmetros facilitadores para a gestão do regime terapêutico e para o alcance dos resultados esperados (Mota, 2011). Os enfermeiros referem ter eficácia na gestão do regime terapêutico.

*“aspetos que é transversal a quase todos os doentes e é muito importante na hora da alta que é a reconciliação da medicação” (E2).*

*“reconciliação terapêutica, que é feita logo no momento da entrada pela equipa médica e/ou pelo enfermeiro” (E1).*

*“nós fazemos a gestão e eles fazem a administração” (E2).*

No que se refere às dificuldades na implementação de HD, estas podem ser de natureza organizacional ou associadas à prática clínica. Quanto a aspetos da prática clínica, a complexidade do regime medicamentoso é um fator essencial no processo da continuidade dos cuidados.

*“vancomicina penso que também que é o calcanhar de Aquiles de quase todos por a agressividade em cateter venoso periférico” (E2).*

*“flebites porque realmente são extremamente agressivos e por norma fazem tratamentos prolongados” (E2).*

Um estudo efetuado no Canadá apresenta a continuidade de cuidados como o principal valor da medicina de família, aumentando a satisfação do enfermeiro bem como a relação médico/doente (Delva, Kerr, & Schultz, 2011). Desta forma foi referido que a necessidade de estabelecer um elo de ligação protocolar na relação da equipa interdisciplinar.

*“mas ainda são áreas (...) que vamos avançar porque é necessário protocolar com a dita especialidade (...)” (E1).*

*“estamos a tentar os cirúrgicos (...) numa fase de tentar aumentar a nossa unidade com maior número de camas e fazer protocolos com a cirurgia (...) mas ainda não há uma cultura, muito, até porque, existe um bocadinho de resistência por parte de médicos” (E2).*

Neste estudo, as intervenções de enfermagem dividem-se em duas subcategorias, autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas de enfermagem, englobam as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, assentando em contributos da investigação em enfermagem.

*“nós temos seis focos de enfermagem (...) autónomos. É a gestão do regime terapêutico, a queda, a úlcera de pressão, infecção, prestador de cuidados e o autocuidado” (E3).*

As intervenções autónomas de enfermagem identificadas direcionam-se para o autocuidado, capacitação da pessoa e literacia em saúde. O International Council of Nurses (ICN, 2011) define autocuidado como uma atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. Por sua vez, quando a condição humana ou o ambiente envolvente se alteram, particularmente em situações de doença crónica, a capacidade de autocuidado do indivíduo encontra-se comprometida e este torna-se incapaz de cuidar de si próprio, necessitando de agentes de autocuidado (Queirós, Vidinha, & Fialho, 2014).

*“estamos com um projeto que é perceber quais são as condicionantes que os doentes têm em casa ao nível do sanitário para o autocuidado do uso sanitário para perceber aqui o que é que nós podemos modificar” (E5).*

*“conseguimos retirar tapetes, perceber se é preciso colocar algum tipo de dispositivo nas casas de banhos e nos corredores para evitar essas mesmas quedas” (E2).*

*“estamos em casa e está o familiar a cozinhar e conseguimos de uma forma muito efetiva e assertiva (...) conseguir orientar e instruir relativamente por exemplo (...) à alimentação (...) os alimentos que devem ser utilizados, ter a percepção real do que o doente faz” (E2).*

O enfermeiro deve respeitar o princípio de que o cliente é responsável pela sua saúde e pela execução de atividades que respondam às suas necessidades de autocuidado, só assim promove a sua autonomia e independência.

*"conseguimos com pequenas coisas modificar esse meio e torná-los assim, às vezes com pequenas modificações mais independentes dentro das suas dependências" (E5).*

De acordo com Queirós, Vidinha, & Fialho (2014) torna-se fundamental a intervenção de enfermagem quando as dificuldades são maiores que a capacidade que a pessoa tem para as realizar.

*"eles nunca tinham manuseado a PEG. Ou seja, eu tive (...) a tentar instruir aquela senhora, a ensinar e a treinar, aquela e a tentar envolver o cuidador (...) ele era um jovem tinha 40 anos. Ao final do segundo dia ele já conseguia segurar, na PEG para se alimentar, e ao fim de menos de uma semana já ele fazia a autoadministração da alimentação" (E2).*

A promoção do autocuidado engloba todo um conjunto de intervenções que permitem a capacitação da pessoa para desempenhar, autonomamente, as atividades fundamentais à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

*"a capacitação quer do doente quer do familiar em todas as vertentes" (E2).*

*"o empoderamento quer da pessoa quer do seu familiar cuidador" (E5).*

*"capacitarmos o doente para no desenvolvimento do seu processo de doença, estamos a promover uma transição para a sua saúde" (E1).*

A capacitação para a máxima autonomia da pessoa nos seus autocuidados torna-se fulcral, pelo que as intervenções de enfermagem devem centrar-se na informação e treino da capacidade da pessoa dependente no sentido da execução das atividades de autocuidado (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014).

*"as intervenções entram sobretudo (...) no educar e instruir (...) no treinar, de forma a que nós possamos dar conhecimento e dar capacitação para (...) a resolução destes" (E3).*

*"doentes que vêm com intervenções do tipo executar e observar passa para o ensinar, treinar, o instruir (...) é uma área de enfermagem onde nós mais queremos desenvolver" (E5).*

A promoção da literacia em saúde está relacionada com o desenvolvimento das capacidades pessoais do cliente e seu cuidador. Esta área constitui, uma estratégia que permite aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, bem como a sua capacidade para procurarem informação e assumirem responsabilidades (DGS, 2019).

*"conseguimos promover, a literacia em saúde não só do doente, mas também do cuidador, sobretudo do cuidador" (E3).*

A intervenção dos enfermeiros na capacitação dos clientes para a determinação do seu projeto de saúde, deve tomar em consideração os processos informais de aprendizagem de competências de literacia em saúde.

Melhorar a literacia em saúde, permite habilitar as pessoas para assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos e pela autogestão da sua saúde para uma melhor qualidade de vida e aquisição de ganhos em saúde (Costa, Reis, Souza, & Luengo, 2014).

*"eu digo sempre aos meus colegas que temos que deixar um paradigma que é o de executar para passar ao paradigma de ensino e treino do cuidador, para promover esta literacia, para promover o máximo de conhecimento nessa na área da saúde" (E3, setembro, 2020).*

As intervenções interdependentes de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar de acordo com planos de ação previamente definidos com o objetivo principal de melhorar o bem-estar do cliente.

*"as intervenções independentes são tão ou mais importantes" (E5, setembro, 2020)*

*"é importante referir a interdisciplinaridade que existe entre todos nós. Médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista a própria assistente técnica ou administrativa" (E3, setembro, 2020).*

Existe ainda uma complementaridade com outras profissões, sendo o enfermeiro quem está mais vezes na presença da realidade do doente e quem notifica as necessidades detetadas, procurando uma solução em conjunto.

*"temos muita colaboração da farmácia, dos nossos farmacêuticos (...) das infecções e, portanto, também nos dão muitas vezes alternativas ao antibiótico que estando o doente a fazer não pode ir para casa e mudando este antibiótico ele pode ir para casa, acaba por ser realmente uma parceria muito próxima e que tem resultado muito bem" (ES, setembro, 2020).*

## CONCLUSÃO

Da análise dos resultados foram identificadas quatro categorias: Critérios de admissão na HD, Benefícios da HD, Dificuldades na implementação da HD e Intervenções de Enfermagem que ilustram a visão dos participantes no estudo.

Aos enfermeiros cabe o papel de ajudar a desenvolver respostas adequadas à pessoa e seu cuidador. Desta forma, as terapêuticas de enfermagem centradas na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa/cuidador com recurso ao ensino personalizado, na eficácia da gestão do regime estudante terapêutico, na prevenção de quedas e na formação/literacia em saúde, têm um papel facilitador na transição no processo saúde/doença.

No final deste percurso, pensamos ter dado resposta aos nossos objetivos. Identificamos as terapêuticas de enfermagem em HD e de que forma são facilitadoras do processo de transição saúde/doença.

Embora seja de fácil percepção todas as vantagens proporcionadas pela HD, podemos perceber ainda que existem algumas dificuldades de implementação de projetos nesta área, como a complexidade do regime medicamentoso e sua implementação na continuidade dos cuidados, ligado também à falta de protocolos de atuação principalmente com algumas especialidades cirúrgicas.

Existem ainda algumas limitações referentes a este estudo. Idealmente o focus group deveria ser realizado pelo menos por seis participantes. Tal não foi possível, pois houve algumas equipes de Instituições que por diversas razões não conseguiram participar. Mas o fato dos participantes serem enfermeiros com muita experiência e membros fundadores das unidades de hospitalização domiciliária das suas instituições forneceu-nos informação bastante adequada.

Tendo em conta que a realidade da HD a nível nacional se encontra em crescimento, torna-se benéfica a realização de estudos com vista à produção de conhecimento científico nesta área, pois só assim a enfermagem crescerá enquanto disciplina de conhecimento. Sugermos um estudo mais aprofundado apenas sobre as intervenções autónomas de Enfermagem, de forma a servir de base a estudos que desenvolvam o perfil de competências do enfermeiro em HD.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo. Edições 70.
- Costa, A., Reis, L., Souza, F., & Luengo, R. (2014). O desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais. Potencialidades da utilização da narrativa autobiográfica na educação para a saúde. 3º Congresso Ibero-Americano en Investgación Cualitativa (pp. 139-143). Ludomedia.
- Cotta, R., Suárez-Varela, M., González, A., Filho, J., Real, E., & Ricós, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual e perspectivas. Rev Panam Salud Publica, 45-55.
- Cunha, V., Escarigo, M., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P., & Beirão, P. (2017). Hospitalização Domiciliária: balanço de um ano da primeira unidade portuguesa. . Revista de Medicina Interna, 290-295.
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 25(4),15-17. doi:10.24950/rspmi/Op/1/2018

- Delva, D., Kerr, J., & Schultz, K. (2011). Continuity of care. Differing conceptions and values. *Can Fam Physician*, 57(8), 915-921.
- DGS. (2018). Norma 020/2018. Hospitalização Domiciliária em idade adulta. DGS.
- DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direcção-Geral da Saúde.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teóricoconceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016>.
- Fernández-Miera, M. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda . *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 39-50.
- ICN. (2007). Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. Genebra: International Council of Nurses.
- ICN. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Meleis, A. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mariano, P., Silva, S., Leitão, F., Carvalho, J., Calmeiro, M., Antunes, I., & André, M. (2021). Insuficiência Cardíaca Crónica em Hospitalização Domiciliária. *Gazeta Médica*, 5-10.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23, 12-28
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190056. [http://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt\\_1414-8145-ean-24-01-e20190056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190056.pdf)
- Mendes, F., Mantovani, M. d., Gemito, M. L., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 17-25. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1281>
- Mota, L. A. (2011). O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Fialho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157-164.
- Ribeiro, O. (2013). Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares.(Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado:implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1),25-36.
- Voudris, K., & Silver, M. (28 de Março de 2018). Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. *Healthcare*, pp. 6-31. doi:[10.3390/healthcare6020031](https://doi.org/10.3390/healthcare6020031)
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

*Como referenciar:* Santos, J., Silva, A.M., Pereira, L. Silva, M., Fonseca, P., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 89-98. doi.org/10.37914/riis.v4i2.116