



Mestrado em Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria: Contributos para o Desenvolvimento em Portugal

Psychiatric Home Hospitalization: Contribution to Development in Portugal

Anexos e Apêndices

Marisa do Rosário Soares

Lisboa

2024

Índice

ANEXOS	3
Anexo I – <i>Checklist</i> COREQ	4
APÊNDICES	7
Apêndice I – <i>Scoping Review</i>	8
Apêndice II – Questionário Sociodemográfico - Peritos	24
Apêndice III – Guião de Entrevista – Utentes	26
Apêndice IV – Guião de Grupo Focal – Familiares	28
Apêndice V – Guião do Grupo Focal – Peritos	30
Apêndice VI – Consentimento Informado	32
Apêndice VII – Tabela de Unidades de Registo	35

ANEXOS

Anexo I - *Checklist* COREQ

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) -
 VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO,
 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	51
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	51
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	51
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	51
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	52
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	49
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	49
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	49
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	44
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	47
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	49
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	49
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	49
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	49
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	54
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	67-68
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	52
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	52
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	50
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	54
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	51/54
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	48

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	50
Domínio 3: Análise e resultados			
	Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	58
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	57
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	58
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	61
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	50
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	70-86
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	86/87
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	87-108
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	109-116

Extraído de:

*Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

APÊNDICES

Apêndice I – *Scoping Review*

Psychiatric Home Hospitalization: The Role of Mental Health Nurses – A Scoping Review

Marisa Soares ^{1,2,*}, Vânia Martins ^{1,3}, Margarida Tomás ², Luís Sousa ^{2,3,4}, Tiago Nascimento ², Pedro Lucas ² and Maria Graça Quaresma ²

1 Local Health Unit Almada-Seixal, Psychiatry and Mental Health Service, Garcia de Orta Hospital. Almada, Portugal; marisasoares82@gmail.com

2 Centre for Research, Innovation and Development in Nursing (CIDNUR). Nursing School of Lisbon, Portugal; matomas@esel.pt; tnascimento@esel.pt; mgquaresma@esel.pt; prlucas@esel.pt

3 Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Portugal; vania@arribaclub.com

4 Atlântica Health School, Portugal; luismmsousa@gmail.com

* Correspondence: marisasoares82@gmail.com.

Abstract: The lack of evidence synthesis studies on the role of Psychiatric Mental Health Nursing in the context of Psychiatric Home hospitalization underscores the limited research on nurses providing care in these teams, particularly concerning their experiences, responsibilities, and the actual role of nurses in this context. This knowledge has the potential to improve the quality of mental health care by guiding nursing practices. **Objectives:** To map the concepts related to the role of mental health nurses in Psychiatric Home hospitalization. **Methods:** A Scoping Review was conducted using the methodology proposed by JBI, involving five methodological stages. No search limits were applied. **Results:** Five articles were selected, and five nursing dimensions were identified: Satisfaction; Care Models; Therapeutic Relationship; Care Environment; Organization of Care. **Discussion:** The five nursing dimensions align with the Quality Standards of the Portuguese Nursing Council and are consistent with the scientific literature. **Conclusion:** Although there is a shortage of studies on this topic, this review allows for the synthesis of nursing interventions and reflection on the paradigm shift in care within the scope of Psychiatric Mental Health Nursing interventions. Future studies highlighting the value of mental health nursing interventions, with a particular focus on nursing-sensitive indicators and employing quantitative or mixed methods, will be crucial to furthering the analysis conducted thus far.

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name
Lastname

Received: date

Revised: date

Accepted: date

Published: date

Keywords: Nurse's Role; Home hospitalization; Psychiatry and Mental Health; Management; Review.



Copyright: © 2024 by the authors.

Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Home hospitalization (HH), as a model of care delivery in the home, presents itself as an alternative to conventional hospital admission, offering continuous care at home for patients who meet specific clinical, social, and geographical criteria, allowing them to be monitored by a Home Hospitalization Unit, with the consent of both the patient and their family. This model contributes to optimizing bed management within the National Health Service [1]. In several countries, including Portugal, HH in Psychiatry could also serve as an alternative to conventional admission, offering continuous care that helps reduce complications, hospitalization costs, trauma, and stigma associated with mental illness.

This approach strengthens the humanization of care for patients, families, and healthcare professionals, fostering a sense of personal connection within the family environment. Moreover, it allows for better management of available beds for treating patients with acute illnesses within the Portuguese NHS.

Despite increased awareness of mental health concerns in the media and on social networks, particularly during the COVID-19 pandemic, psychiatric hospitalization remained largely outside the public eye, maintaining its stigmatizing identity, which can lead to discriminatory implications when individuals reveal their hospitalization upon returning to daily life [2]. Additionally, hospitalization can lead to feelings of disruption for individuals due to the physical distance from their familiar surroundings for a period, after which they return under a regimen of medication, whose iatrogenic effects may hinder their ability to fully engage in life [2,3]. In this sense, the literature describes returning home and resuming daily life after psychiatric discharge as a challenging and complex process [4,5]. Individuals must cope with the symbolic burden of psychiatric hospitalization, which not only reflects their inability to remain in the community—undermining their sense of autonomy and self-efficacy—but also forces them to face the stigma and discrimination still present in society, stemming from psychiatric hospitalization and the resulting mental health diagnosis [4]. There are also negative outcomes of hospitalization in psychiatric services that must be considered, such as readmission, suicide, risk of aggression, stigma surrounding mental illness, and a reduction in self-control over one's life [6], especially when there is a history of multiple admissions or long-term stays [7,8].

To mitigate this issue, teams known as Crisis Resolution and Home Treatment Teams in Mental Health (CRHTT) emerged as an alternative to hospital-based psychiatric care. These teams were developed in the mid-1990s in various countries, including the United Kingdom, the United States, Australia, Norway, Belgium, Germany, Spain, Canada, and the Republic of Ireland [9,10,11]. These countries have published studies on the implementation of CRHTT, reporting a reduction in hospital admissions and treatment costs, as well as higher levels of satisfaction among those who accessed this type of service, compared to those who received standard hospital care [11].

CRHTTs thus provide intensive mental health care to individuals experiencing a mental health crisis who would otherwise require hospitalization, allowing them to receive treatment at home [12]. Numerous studies today confirm the effectiveness of this care model [11,13,14]. However, research on the role of nursing care in this context remains scarce, particularly regarding the experiences, responsibilities, and interventions of nurses [15,16].

Mental health nursing, particularly within the context of Psychiatric HH (PHH), is multidimensional and complex. It must promote health, dignity, and self-determination, ensuring that effective practices are implemented by competent, confident teams aligned with patients' needs [17]. Valuing nurses' experiences can shift nursing paradigms from biomedical models to holistic recovery perspectives, enhancing the quality of care. Moreover, nurses' satisfaction with the care they provide has a positive impact on patients, as their satisfaction is a crucial indicator of service effectiveness and quality [18,19].

The aim of this review is to map the concepts related to the role of mental health nurses in psychiatric home hospitalization, with a particular focus on: identifying the activities and interventions performed; exploring nurses' perceptions and experiences; and assessing the impact of nursing care on patients receiving home-based care and their families. This study, therefore, seeks to contribute to the development of the nursing profession, by highlighting what patients with mental illness and their families value most in the care and interactions with nurses in the home setting, emphasizing the importance of person-centred care.

2. Materials and Methods

Given the complexity of understanding the role of nursing in the context of psychiatric home hospitalization, as evidenced in the literature, a scoping review methodology was selected as the most appropriate approach for synthesizing knowledge. This scoping review was conducted following the methodology proposed by JBI [20] and aligned with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for scoping reviews (PRISMA-ScR) [21]. A preliminary search was performed in MEDLINE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, and JBI Evidence Synthesis, and no ongoing scoping reviews on this topic were identified. The study protocol was developed and registered on the Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/SD9ZG>).

The five methodological stages recommended by JBI (2015) for scoping reviews were followed: (1) identifying the research question, (2) identifying relevant studies, (3) selecting studies, (4) charting data, and (5) summarizing and synthesizing the results.

The following research question (stage 1) was established using the PCC mnemonic (Population, Concept, Context): How is the role of nurses in psychiatric home hospitalization characterized in scientific literature?

To identify relevant studies (stage 2), a search was conducted on 4 June 2023, using the EBSCOhost platform, Nursing Reference Centre Plus, and JBI EBP Resources on Ovid. The sources used for the search included Academic Search Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Psychology and Behavioural Sciences Collection, and Medic Latina.

The search strategy utilized the PCC mnemonic, as recommended by JBI for scoping reviews. This represented the terms for Population, Concept, and Context, which were defined and combined using Boolean operators, wildcards, and truncation. An initial limited search was conducted in CINAHL and MEDLINE to identify articles on the topic and examine titles, abstracts, keywords, or indexed terms to inform the development of the search strategy for the second stage. Based on this initial search, the following was determined:

- Population: Studies involving nurses using the natural terms Nursing OR Nurse OR Nurse* Manager* OR Nursing Management*;
- Concept: Literature addressing the topic of home hospitalization using the natural terms Home Treatment Team OR Home hospitalization;
- Context: Studies limited to the context of Mental Health and Psychiatry using the natural terms Mental Health OR Psychiatric.

No cultural or geographical restrictions were applied, and the search terms were comprehensive, with no limitations. Studies in Portuguese, Spanish, and English were considered.

The selected studies included the role and nursing interventions in home treatment teams operating in mental health and psychiatric contexts. Due to the exploratory nature of this review and with the aim of providing an overview of the current evidence, study design and methodological quality were not used as selection criteria. Studies were excluded if they did not align with the concept and context or if they did not include nurses as part of the study.

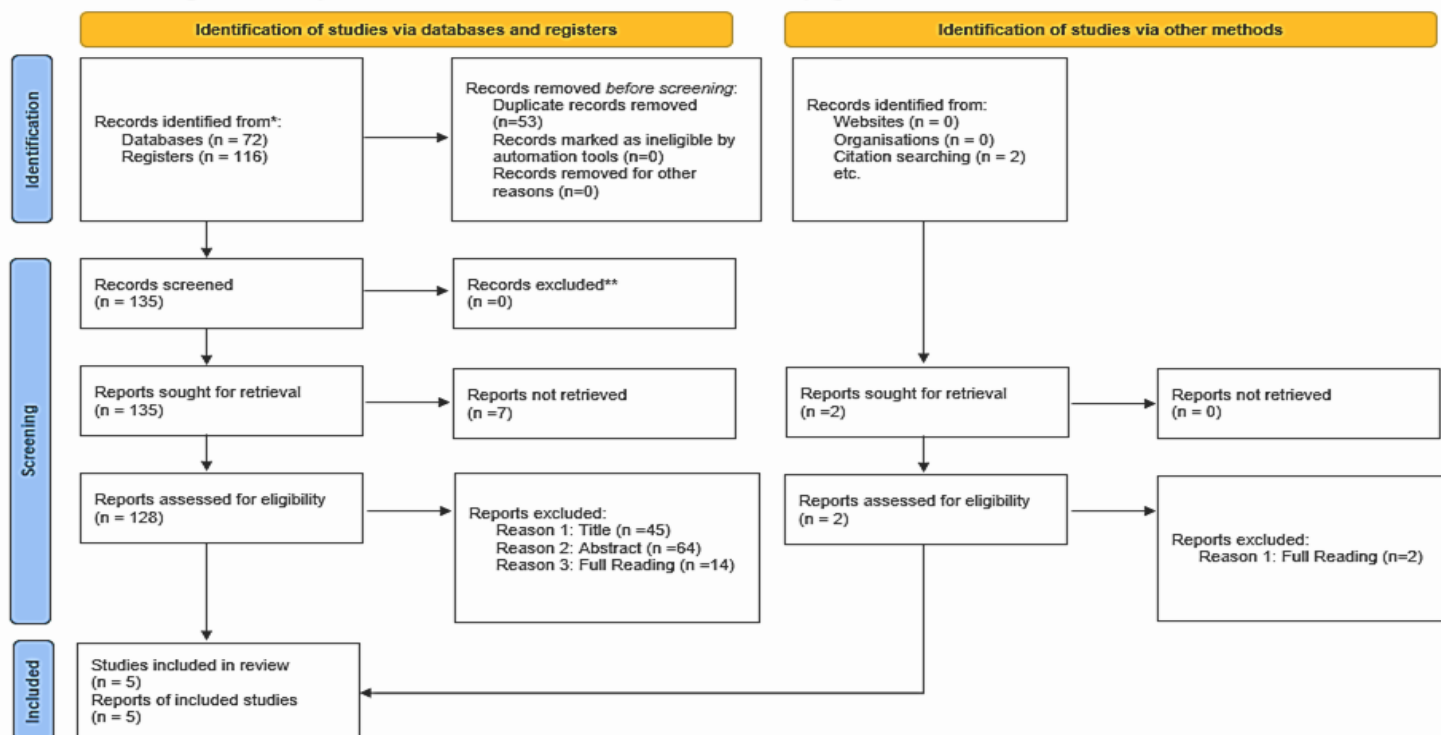
For the selection of studies (stage 3), all articles were independently reviewed by the researchers, starting with titles and abstracts, based on the inclusion and exclusion criteria. Out of the initial 188 articles, 53 were excluded as duplicates. After removing duplicates, the study selection process was conducted in three screening stages: (1) by title, (2) by abstract, and (3) by full text. In the first screening stage, 45 articles were excluded after reviewing the titles, leaving 90 articles for abstract review. In the second screening stage,

64 articles were excluded based on their abstracts. A total of 26 articles were fully reviewed, of which 7 were inaccessible, even after library searches. Thus, 19 articles were fully analysed, with an additional 2 articles included after reviewing references (grey literature). In total, 16 articles were excluded, and five were selected for inclusion in the analysis. The final relevant articles reflect studies on the role and intervention of nurses in psychiatric home hospitalization teams. The PRISMA flow diagram [21] summarizes the article selection process, from identification to final inclusion. Several articles were excluded for not focusing on nursing or home hospitalization teams (Figure 1).

Based on variables that allowed the research questions to be addressed, data collection was conducted using a tool developed by the researchers (stage 4). The extracted variables included the author, year of publication, study title, study location, study design, sample, study objectives, results, limitations, and nursing dimensions.

In the next stage (stage 5), a data extraction table was developed from the five articles included in the study, based on the data collection instrument developed in the previous stage, which synthesized the data extracted according to the variables that addressed the research question.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
 **If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Figure 1 - PRISMA 2020 Flow Diagram

3. Results

The evidence demonstrates a scarcity of studies focused on nurses in home hospitalization teams within the field of mental health and psychiatry. The five studies included are European, with qualitative methods being the most used. This review covers

responses from a total of 23 nurses working in Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHTT), 125 service users who utilized the service, and 20 family members who were also involved in the program. No literature reviews were found. Across the five studies included in this review, several dimensions of nursing were identified and categorized to synthesized concepts into the following categories: Satisfaction, Care Model, Therapeutic Relationship, Care Environment, and Organization of Care (Table 1)

AUTHORS, YEAR CITY, COUNTRY TITLE	STUDY DESIGN, SAMPLE	STUDY OBJECTIVES	RESULTS	LIMITATIONS	NURSING DIMENSIONS
<p>VAZQUEZ, 2023 Barcelona, Spain Accompanying Mental Health Problems at Home: Preliminary Data from a Crisis Resolution and Home Treatment Team in Catalonia</p>	<p>Quantitative and descriptive study Sample: 105 participants representing the total number of individuals admitted and discharged from a CRHTT between November 2017 and December 2019. Assessment scales used included the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) and the Global Assessment of Functioning scale (GAF) at admission and discharge.</p>	<p>To share the organizational functioning, therapeutic approach, and outcomes of a CRHTT in Catalonia, Spain; To provide a description of the CRHTT, including sociodemographic data and main diagnoses of individuals assisted, referral sources, and discharge referrals; To compare mental health assessments at admission and discharge, as well as the total number of psychiatric hospital admissions in the same health area in the years before the CRHTT began and in the two years following its implementation.</p>	<p>At discharge, a statistically significant improvement was found in the overall GAF and HoNOS scores, as well as in all subscales. The total number of psychiatric admissions was 375 in 2016 and 2017, compared to 339 in 2018 and 2019.</p>	<p>The data provided are limited and only allow for the generation of working hypotheses for future research.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Professional stability. 2. Clinical improvement in symptoms and functionality, as well as crisis resolution without the need for hospital care in most cases. 3. Smooth coordination with community and hospital reference services. 4. Accessibility to the program. 5. Flexibility to adapt the intervention time to actual needs. 6. Care based on a horizontal and empathetic approach, dialogue, and shared decision-making.
<p>GIMENEZ-DIEZ, 2022 Barcelona, Spain</p>	<p>Case Study Sample: 10 nurses. No exclusion criteria. Convenience sampling.</p>	<p>To understand the experiences of mental health nurses working in crisis resolution home treatment teams. Case studies provide</p>	<p>Three main categories emerged from the data analysis to understand the nurses' perceptions and interpretations of care in</p>	<p>The CRHTT sample was based on urban, city-centre areas, which limits the generalizability of the findings. The study could</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nurses' perspectives on the care provided: The act of caregiving; Nurse satisfaction with the care provided;

<p>Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: Case study research</p>	<p>Data Collection: Semi-structured interviews based on a literature review. A pre-test was applied. Procedure: Ten in-depth, semi-structured qualitative interviews were conducted. Each interview lasted one hour, was audio-recorded, and transcribed.</p>	<p>researchers with the opportunity to gain an in-depth understanding of the conditions, thoughts, actions, interventions, and environment of the individuals involved.</p>	<p>CRHTT services: Nurses' perspectives on the care provided, home nursing care environment, and home nursing care plan.</p>	<p>have benefited from the use of other data collection methods to triangulate the data. The sample size was insufficient or biased, making the study difficult to replicate in other contexts.</p>	<p>2. Nursing care environment: Patient environment; Therapeutic relationship; 3. Home nursing care plan: Nursing diagnoses, interventions, and outcomes.</p>
<p>GIMENEZ-DIEZ, 2020 Barcelona, Spain Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care</p>	<p>Mixed Methodology The population sample consisted of patients and their family members (each participating family member was associated with a patient) who were treated by the CRHTT for two months in 2018. Inclusion criteria: participants received at least three weeks of home-based treatment. The total sample included in the study was 20 patients and 20 family members.</p>	<p>The objective was to evaluate the satisfaction of patients and their families with the nursing care provided through a home care program, aiming to accurately capture the experiences of the interviewees regarding the home hospitalization process and the care they received.</p>	<p>The results suggest that the key positive characteristics of care during crisis situations are intrinsically linked to the underlying values and principles of CRHTT services and can be summarized as: access to and availability of nurses, patients being treated as "normal" human beings, and the approach to crisis management within the context of everyday life.</p>	<p>Satisfaction was analysed solely from the perspective of patients and their families. Another limitation lies in the possibility that participants may have felt pressured to provide the "correct" response. Additionally, there was difficulty in isolating views on nursing care within a service that incorporates other perspectives of care.</p>	<p>1. Satisfaction with nursing care; 2. Nurse professionalism; 3. Perception of nursing care; 4. Clarification of doubts; 5. Communication and therapeutic relationship; 6. Communication with the nurse; 7. Therapeutic relationship established with the nurse; 8. Nursing care environment; 9. More tolerable at home; 10. Availability</p>
<p>TAYLOR, 2023</p>	<p>Qualitative Study A purposive sample from a single CRHTT, where seven registered mental health nurses were interviewed.</p>	<p>The objectives were: 1. To understand CRHTT clinicians' perceptions of delivering recovery-oriented care; 2. To identify the barriers clinicians, face that challenge</p>	<p>Five themes emerged: person-centred care, timing of care, staff involvement, risk, and the stigma of borderline personality disorder (BPD) as a label.</p>	<p>The transient nature of interview data reflects perceptions formed now of the interview. Time constraints may have shortened the length of some interviews, thereby</p>	<p>1. Person-centred care: Advocated for person-centred, recovery-oriented care; 2. Timing: Despite a shared view that the service focused on a person-centred approach,</p>

<p>Chester, UK</p> <p>Crisis resolution home treatment team Clinicians' perceptions of using a recovery approach with people with a diagnosis of borderline personality disorder (BPD)</p>		<p>the application of recovery-oriented practices;</p> <p>3. To explore the opportunities that enable clinicians to apply recovery-oriented practices.</p>		<p>limiting the data generated. The transferability of the data is restricted due to the single site setting and the small, homogeneous sample.</p>	<p>there was a collective understanding that acute care was a short-term intervention;</p> <p>3. Inconsistent staffing: The CRHTT setup was seen as a threat to the development of therapeutic relationships that could support a recovery-oriented approach;</p> <p>4. Risk: There was consensus that risk management was a central priority;</p> <p>5. Stigma of Borderline Personality Disorder (BPD): BPD was viewed differently in terms of its etiological presentation, genuineness, and reliability compared to other diagnoses, and thus was seen through a negative lens.</p>
<p>BEGUM & RIORDAN, 2016</p> <p>Birmingham, UK</p> <p>Nurses' experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its</p>	<p>Qualitative Study</p> <p>Six nurses working in two CRHTTs were interviewed through semi-structured interviews. The data were analysed using thematic analysis.</p>	<p>The main research questions were:</p> <p>1. "How do nurses experience the role of gatekeeper in addition to their responsibilities as nurses working in the CRHTT?";</p>	<p>sing thematic analysis, four main themes emerged:</p> <p>1. Gatekeeping as a specialized role;</p> <p>2. Core principles of the gatekeeping role;</p> <p>3. Risk management for gatekeepers in CRHTT;</p> <p>4. The future of gatekeeping.</p>	<p>However, the study does not represent the views of all healthcare professionals, patients, carers, and family members, as it focuses more on the nursing team's experiences. The small sample size of six nurses makes it difficult to generalize the findings.</p>	<p>1. Specialized nursing role: Nurses in this role possess expertise, knowledge, communication skills, confidence, and autonomy, with gatekeeping being a central responsibility;</p> <p>2. Mobile nursing approach: Bringing</p>

<p>additional gatekeeping responsibilities</p>	<p>2. "What factors influence their ability to effectively monitor and safeguard?"</p>	<p>This approach provided a deep understanding of the overall experiences of nurses working in CRHTT with the additional responsibilities of gatekeeping.</p>	<p>hospital-level care into the home environment; 3. Less restrictive methods of care and treatment: Reducing stigma, managing risks, and ensuring patient safety.</p>
---	--	---	--

Table 1 - Data Extraction Table 179

4. Discussion

This discussion addresses various dimensions of nursing care delivery, with a focus on key themes such as professional and patient satisfaction, care models, therapeutic relationships, care environment, and service organization. These themes are interconnected, providing a holistic view of nursing practice and its impact on the quality of care, directly influencing the effectiveness and satisfaction within the mental health context. The discussion of each category follows:

Satisfaction

The theme of satisfaction was developed by the same author across two different studies, with two distinct perspectives: nurse satisfaction with the care provided and with home-based assistance, which had a positive impact on the quality of care and reduced patient stigma [17]; and patient and family satisfaction with the nursing care received, resulting in high levels of satisfaction with treatment [18]. Patient satisfaction is considered a key indicator in improving care quality and health service standards, making it a fundamental outcome measure. Citizens are becoming more informed and demanding, expecting high-quality standards and levels of satisfaction. The concept of satisfaction with healthcare is challenging to operationalize, as it is a multidimensional concept that considers individual aspects, past experiences, patient expectations, and dimensions such as accessibility, organization, and patient-professional interaction [22]. [19] also states that satisfaction with a healthcare service reflects its effectiveness and quality, and patient satisfaction with nursing care is regarded as fundamental in evaluating the quality of care [23]. It is known that satisfied patients demonstrate higher adherence to therapy [24] and experience better recovery processes [25].

Care Model

The theme of the Care Model is addressed across all five articles, albeit in different ways. It consistently appears as a person-centred model, oriented towards real-world contexts and recovery, involving shared responsibilities, professional flexibility, and collaborative work [14,15,16,17,18]. This model aims to include family and social networks to achieve better outcomes. In Portugal, home hospitalization is defined as a hospital care model for providing care at home to individuals with acute or exacerbated chronic illnesses, where biological, psychological, and social conditions permit. It differs from traditional home care by offering intensive and highly specialized care for acute and complex disease states [1]. It is a model centred on patient needs, more humanized, and without the complications inherent in conventional hospitalization, offering high-quality care with clinical rigor and a holistic, humanized perspective when hospital stays are avoidable [26]. [27] proposes a home care model aimed at refocusing care on people's homes. This model, in addition to focusing on the patient

and their primary caregiver in their context, ensures effective integration and continuity of care. In this sense, it serves as an alternative to hospital admission, centred on patient needs, providing a safe, efficient, and appropriate response to illness while ensuring continuity of care.

Therapeutic Relationship

The therapeutic relationship is widely described in the five articles, following a humanistic approach based on holistic understanding. It is a relationship centred on dialogue, honesty, empathy, active listening, and the absence of critical judgements. Decision-making is seen as shared between professionals, patients, and families [14,15,16,17,18]. This relationship is experienced as intense, horizontal, respectful, accessible, and personalized, adapting to the environment. Patients describe positive feelings such as feeling accompanied, supported, relieved, comfortable, and understood [17,18]. It is universally defined as a flexible, available therapeutic approach based on therapeutic alliances, relational progression, and therapeutic optimism. In mental health nursing, therapeutic relationship is central to the care process, as restoring the balance of a person in mental distress relies on meaningful interpersonal relationships [28]. According to [29], the therapeutic relationship is a specific nursing care tool, centred on the uniqueness of interpersonal relationships between the nurse and the cared-for person, fostering the growth and development of both parties in a dynamic process. [30] also points out that the helping relationship is a relationship through which the nurse provides the person with the means to meet their needs. In the home care context, nursing interventions balance the relationship between nurses and patients, adapting strategies and interventions to real-world contexts and fostering deeper relational and communication skills.

Care Environment

The specific care environment is identified in most of the articles and is described as less invasive, restrictive, traumatic, and adverse, establishing itself as an alternative, unique space for care provision [15,17]. It also tends to reduce and overcome the social stigma associated with mental illness, being rooted in a mobile, confident approach that promotes autonomy, dignity, and self-determination. Concurrently, the high level of concern and stress experienced by professionals is evident, making competency in risk assessment, reduction, and management, as well as ensuring patient safety, of utmost importance. The home care context has always been explored by nurses for care provision, as they recognize the potential of proximity to patients and their families, valuing the establishment of interrelations and cooperation in care. This environment can simultaneously be part of both the problem and the solution in the recovery process. As such, integrating the home as a care setting ensures a realistic adjustment to the conditions in which a person lives and must recover from the acute phase of mental illness. This recovery process is inherently integrative and person-centred, involving both the individual and

their family caregiver. It is also possible to relate this home care environment to the one described by Lake [31] as capable of bringing together a set of organizational characteristics in a work context that either facilitates or constrains nursing practice. Thus, the care environment is associated with professional satisfaction, the quality of nursing care, patient safety, and the effectiveness of care provided to patients and organizational efficiency [32].

A favourable nursing practice environment, where nurses have autonomy, control over their environment, and good relationships with the multidisciplinary team, leads to significant impacts on patient and nurse outcomes, such as lower burnout levels, increased productivity, greater professional satisfaction, and better patient outcomes in terms of care quality and safety.

Organization of Care

Finally, the organization of care is linked to the smooth coordination with reference services and the necessary continuity of care, as highlighted in the articles [16,18] as well as the importance of integrated and individualized care plans, adapted to daily life activities, respecting routines and habits, and the contexts in which patients are embedded. It is also associated with various nursing interventions, particularly regarding medication management, health promotion and education, and empowerment to face and manage illness [14]. Other aspects related to care organization models, organizational functioning, nurse-to-patient ratios, and accessibility to care are also mentioned as influences of care outcomes [14,15,16,17]. As nurses are involved in all aspects of service delivery across all healthcare settings, the organization of nursing resources is essential for organizational performance, and managers are challenged to find operational care delivery models that maximize the use of available nursing resources while ensuring safe, high-quality care [33]. In addition to understanding nursing care models and rethinking how they highlight nursing interventions, it is important to clarify the operational aspects that characterize them. Case Management (CM) is considered an individual model of "integrated care," prioritized in the implementation of integrated, person-centred healthcare services [34]. CM requires highly qualified professionals and is used in several European countries to strengthen the role of nurses in providing and coordinating care for people with high-complexity care needs. This organization may be based on one or more working methods and is associated with various factors such as institutional culture, nursing management, resource availability, and the characteristics of different nursing team members [35].

These five nursing dimensions identified in the studies are interlinked and aligned with the Quality Standards for Mental Health Nursing Care set by the Portuguese Nursing Council (2011). As such, they serve as an essential tool for promoting continuous improvement in specialized care and as a reference for reflecting on nursing practices. They take on greater significance in Nursing Management, as they aggregate specific competencies that inspire

changes in work contexts, promoting significant improvements in the practice environment and the quality of care for patients.

Despite the relevance of the findings, a limitation is acknowledged due to the limited number of published studies on the role of nurses in the context of Psychiatric Home Hospitalization, particularly around quantitative indicators, which could provide more robust data on the effectiveness of nursing interventions in this context. Despite the increasing implementation of Psychiatric HH in Europe, with around 20 years of experience in some countries, this model has not yet been widely adopted as a care priority. Most existing studies focus on clinical, multidisciplinary, and structural aspects, with few specifically investigating the role of nurses and the contribution of nursing care. We also rigorously applied the PRISMA-ScR checklist for a structured evaluation in this scoping review.

5. Conclusions

This study identified a scarcity of articles focusing on the role of Mental Health and Psychiatric Nursing in the specific context of Psychiatric Home hospitalization. This model of care is still relatively recent in Europe, with approximately 20 years of implementation in some countries, yet it is far from being established as a priority. While several clinical, multidisciplinary, and structural studies exist, very few include nurses or address nursing care specifically, suggesting difficulties in clarifying the available evidence, particularly in the context under review.

The establishment of this new model of care in psychiatry and mental health represents a paradigm shift, focusing on person-centred care beyond institutional boundaries. This research confirmed the relevance and importance of the nurse's role as a key factor in therapeutic success, fostering trust and facilitating patient recovery in this context. Moreover, in terms of structuring and organizing nursing care and interventions, this research has been crucial in mapping and organizing concepts and dimensions of mental health nursing clinical practice.

Future studies are necessary to highlight the value of mental health nursing interventions, with a particular focus on nursing-sensitive indicators, using quantitative or mixed methodologies, to deepen the analysis conducted thus far.

This review highlights the need for further studies on the role of nursing in Psychiatric Home Hospitalization, with an emphasis on quantitative research that explores dimensions beyond patient satisfaction. Such studies are essential for categorizing and improving nursing interventions, as well as for creating sensitive indicators that assess the effectiveness and impact of care on patient recovery. Disseminating these results will strengthen the evidence base supporting home-based mental health nursing, promoting the continuous improvement of care quality. Furthermore, the importance of a paradigm shift is

reinforced, moving away from the traditional biomedical model towards a person-centred approach, considering the patient's familial and social context. This type of research is fundamental in recognizing the role of nurses as agents of change and key contributors to the therapeutic success of patients in Psychiatric Home Hospitalization.

Author Contributions: Conceptualization, M.S., V.M., M.T., L.S., T.N., P.L. and M.Q.; methodology, M.S., V.M., M.T., L.S., T.N., P.L. and M.Q.; software, M.S., V.M. and M.T.; formal analysis, M.S., V.M., M.T., L.S., T.N., P.L. and M.Q.; investigation, M.S., V.M. and M.T.; resources, L.S., T.N. and P.L.; data curation, M.S., V.M. and M.T.; writing—original draft preparation, M.S., V.M., M.T., T.N. and M.Q.; writing—review and editing, M.S., V.M., M.T., L.S., T.N., P.L. and M.Q.; visualization, M.S., V.M., M.T., L.S., T.N., P.L. and M.Q.; supervision, T.N., P.L. and M.Q.; All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This paper was supported by the Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon [CIDNUR], Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisbon, Portugal

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: All data analysed during this study are included in this published article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Serviço Nacional de Saúde. <http://www.acss.min-saude.pt/2018/10/03/mais-de-20-hospitais-vao-ter-doentes-internados-no-domicilio/>. 2018. Mais de 20 hospitais vão ter doentes internados no domicílio.
2. Tomás MAR, Rebelo MT dos S. Everyday Life after the First Psychiatric Admission: A Portuguese Phenomenological Research. *Journal of Personalized Medicine*. 2022 Nov 21;12(11):1938
3. Niimura J, Tanoue M, Nakanishi M. Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016 Nov 14;23(9–10):576–84.
4. Tomás M, Rebelo MT, Martins V, Soares M. Returning home after being discharged from a psychiatric service: A scoping review. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2021;25.
5. Mutschler C, Lichtenstein S, Kidd SA, Davidson L. Transition Experiences Following Psychiatric Hospitalization: A systematic Review of the Literature. *Community Mental Health Journal*. 2019 Nov 18;55(8):1255–74.
6. Loch A. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychology Research and Behavior Management*. 2014 Apr;137.
7. Birken M, Harper S. Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. *British Journal of Occupational Therapy*. 2017 Jul 29;80(7):409–16.
8. Owen-Smith A, Bennewith O, Donovan J, Evans J, Hawton K, Kapur N, et al. "When You're in the Hospital, You're in a Sort of Bubble.". *Crisis*. 2014 May 1;35(3):154–60
9. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H, Hynnekleiv T. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022 Nov 1;76(8):565–74.

10. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022 Jun 7;21(2):220–36.
11. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D, Fullarton K, Brown E, Paterson B, et al. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*. 2017 Dec 17;17(1):254
12. Lloyd-Evans B, Paterson B, Onyett S, Brown E, Istead H, Gray R, et al. National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018 Feb 11;27(1):214–26
13. Birken M, Harper S. Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. *British Journal of Occupational Therapy*. 2017 Jul 29;80(7):409–16.
14. Vázquez ID, Tintó AL, Arjona CH, Martínez MB, Díaz AC. Accompanying mental health problems at home: Preliminary data from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023 Oct 25;30(5):974–82.
15. Begum R, Riordan S. Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016 Feb 21;23(1):45–53.
16. Taylor T, Stockton S, Bowen M. Crisis resolution home treatment team Clinicians' perceptions of using a recovery approach with people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023 Jun 12;30(3):558–67.
17. Giménez-Díez D, Maldonado-Alía R, Torrent-Solà L, Granel N, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: Case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022 Feb 20;29(1):48–56.
18. Giménez-Díez D, Maldonado Alía R, Rodríguez Jiménez S, Granel N, Torrent Solà L, Bernabeu-Tamayo MD. Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2020 Jun 18;27(3):246–57.
19. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005 Dec 9;83(4):691–729.
20. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI; 2024.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29; n71.
22. Chaves C, Duarte J, Amaral O, Coutinho E, Nelas P. Satisfaction of users of primary health care with nursing care – Sample of the central region of Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. 2016 Oct 28;1(2):339.
23. Pat-Pech ME, Soto-Morales E. Investigación Satisfacción de hospitalizado adulto pacientes with the interpersonal treatment of nursing staff Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería [Internet]. Vol. 25, *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172g.pdf>
24. Welch SJ. Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review. *American Journal of Medical Quality*. 2010 Jan 4;25(1):64–72
25. Holikatti P, Kar N, Mishra A, Shukla R, Swain S, Kar S. A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*. 2012;54(4):327.
26. Delerue F, Correia J. Hospitalização Domiciliar mais um Desafio para a Medicina Interna. *Medicina Interna*. 2018 Mar 31;25(1).
27. Lopes M. *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa Universidade de Évora; 2021.
28. Chalifour J. *A Intervenção Terapêutica - Volume 1 Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda de Jacques Chalifour*. ISBN: 9789898075055. Vol. Volume 1. 2007. 1–306.
29. Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat; 1990.
30. Lazure H. *Viver a Relação de Ajuda - Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. 1ª. Lusodidacta; 1994. 1–215.
31. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index††. *Research in Nursing & Health*. 2002 Jun 3;25(3):176–88.

-
32. Anunciada S, Benito P, Gaspar F, Lucas P. Validation of Psychometric Properties of the Nursing Work Index—Revised Scale in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Apr 19;19(9):4933.
 33. Dubois CA, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2012 Dec 28;12(1):286.
 34. Cruchinho P, Teixeira G, Lucas P, Gaspar F. Influencing Factors of Nurses' Practice during the Bedside Handover: A Qualitative Evidence Synthesis Protocol. *Journal of Personalized Medicine*. 2023 Jan 31;13(2):267.
 35. Almeida Ventura-Silva JM, Ferreira Pereira da Silva Martins MM, de Lima Trindade L, Pimenta Lopes Ribeiro OM, Passos Teixeira Cardoso MF. Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. 2021;6(2):278–95.
 36. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa; 2011.

Apêndice II – Questionário Sociodemográfico - Peritos

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScn9GBEpN1-O-jyygHHP4OnO1qoTwuU_c0219vi5qxmA4GLgQ/viewform?usp=pp_url

Apêndice III – Guião de Entrevista – Utentes

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS UTENTES

IDU _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade
2. Género
3. Ocupação S/N
4. Escolaridade
5. Agregado Familiar
6. Estado Civil
7. Cuidador S/N
8. Quantos internamentos teve no serviço de Psiquiatria?
9. Diagnóstico médico

Não querendo reviver em demasia o/os seu(s) internamento(s) no hospital, gostaria que conseguisse, de alguma forma, utilizar as suas experiências pessoais para tentar responder às seguintes questões:

QUESTÕES

1. O que sabe sobre UHD? E do ponto de vista da psiquiatria, seria possível? Como seria estar internado em casa para si? Como poderia isto ser feito?
2. Considera então que este modelo de internamento em casa poderá constituir-se uma alternativa ao tratamento das pessoas com doença mental em crise? Porquê?
3. Muitas vezes o início de um internamento em psiquiatria é inevitável que seja no hospital, contudo, pensa que seria possível passar o internamento para casa logo que estivesse mais estável? Que momento poderá ser esse? Que benefícios para si poderá ter esta opção? E que dificuldades para si poderá ser necessário enfrentar?
4. De que modo pensa que seria possível operacionalizar as visitas em casa? Como poderia funcionar? Que profissionais de saúde deveriam realizar as visitas? Com que frequência? Necessitariam de ir os mesmos profissionais todas as vezes?
5. Que características ou competências consegue identificar que deveriam ter estes profissionais?
6. Quais pensa ser as intervenções mais importantes que podem ser levadas a cabo por estes profissionais em contexto de internamento em casa? Que tipo de ajuda para si, gostaria de obter nas visitas destes profissionais?
7. Consegue identificar para si, vantagens satisfatórias com este modelo de internamento em casa? E desvantagens deste modelo de internamento?
8. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Dizer alguma coisa que considere importante?

Apêndice IV – Guião de Grupo Focal – Familiares

GRUPO FOCAL - FAMILIARES**DADOS SOCIODEMOGRAFICOS**

IDF_____

Idade
Género
Ocupação S/N
Escolaridade
Grau de Parentesco
Agregado Familiar
Diagnóstico do Familiar
Quantos internamentos em psiquiatria teve o seu familiar?

QUESTÕES**QUESTÕES ADICIONAIS**

1. O que sabe sobre HD? E do ponto de vista da psiquiatria, seria possível? Poderá constituir-se uma alternativa?

Modalidades de internamento
HD como alternativa, de que forma?
Consentimento
Cuidador

2.
3. Consegue identificar benefícios desta modalidade de internamento em casa? E dificuldades? Consegue antever algumas?

Potencialidades
Fragilidades

4. Como conseguiria imaginar a operacionalização deste modelo, no que diz respeito às visitas domiciliárias?

Nº de profissionais de saúde necessários
Nº de visitas/frequência (diária/semanal?)
Quais os profissionais de saúde que deveriam fazer as VD? Irem sempre todos?
Como deve ser composta a equipa?

5. Que características ou atributos deveriam possuir estes profissionais que integram a equipa de internamento em casa e fazem as visitas domiciliárias?

Características dos profissionais

6. Que tipo de trabalho ou intervenções deveriam fazer? Quais as mais importantes? Que tipo de ajuda mais necessária por parte destes profissionais?

Tipologia das intervenções

7. Enquanto familiares de pessoa com doença mental que importância pensa que teria para si este tipo de intervenção em casa? Esta possibilidade de o seu familiar ficar em casa internado?

Expectativas
Reforço do papel familiar
Sobrecarga na família?

Apêndice V – Guião do Grupo Focal – Peritos

GRUPO FOCAL - PERITOS**DADOS SOCIODEMOGRAFICOS**

IDP ____

Idade

Género

Habilitações Literárias

Cargo que Ocupa

Desempenho em funções de Gestão ou Organização de Serviços/Instituições

Desempenho em Órgãos Políticos em Portugal

QUESTÕES**QUESTÕES ADICIONAIS**

1. Considera que o modelo de internamento em casa poderá constituir-se como uma alternativa ao internamento hospitalar usual em psiquiatria? De que forma? Como poderia ser implementado este modelo em Portugal?

Políticas de Saúde/Reformas em Saúde
Integração de cuidados na SMP
Acessibilidade
Estudo piloto?

2. Como pensa ser possível operacionalizar este modelo no que diz respeito ao modo como as visitas domiciliárias devem ser feitas? E por quem?

Frequência?
Nº de Prof? Quais os profissionais?
Irem sempre todos?
Barreiras operacionais?

3. Que dificuldade ou barreiras identificaria na implementação e constituições de uma hospitalização domiciliária em Psiquiatria em Portugal?

Fragilidades?
Para utentes? Para famílias? Para os Profissionais?

4. E por outro lado, que benefícios poderão ser encontrados neste novo modelo de internamento em psiquiatria?

Potencialidades?
Modelos de financiamento?
Custos/efetividade?
Para utentes? Para familiares? Para os profissionais?

5. Qual é a tipologia de utentes com doença mental, que pensam poder beneficiar mais com este modelo de intervenção? E porquê?

Características dos utentes?
Critérios de admissão

6. E por outro lado, que tipo de situação/patologia mental ou utentes, poderão NÃO beneficiar deste modelo? E porquê?

Critérios de exclusão
Questões do Suicídio
Patologias/comorbilidades?

7. De que forma o Enfermeiro Gestor pode ser uma alavanca para a implementação deste modelo de internamento em Portugal?

Competências do EG / Contributos do EG
Como poderá desenvolver este papel?
Qual a sua importância?

Apêndice VI – Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas.

Eu, Marisa do Rosário Soares, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito do Mestrado de Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a desenvolver o estudo acerca **“Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria - Contributos para o desenvolvimento em Portugal”**, sob orientação da Prof.^a Maria Graça Quaresma [REDACTED], solicito a sua disponibilidade para participar em Entrevista/*Focus Group* (*riscar o que não interessa*) nas instalações do [REDACTED] E.P.E. (consulta externa de psiquiatria), a fim de colaborar neste estudo, cujo objetivo é contribuir para o desenvolvimento da Hospitalização Domiciliária de Psiquiatria em Portugal. A duração prevista da Entrevista/*Focus Group* (*riscar o que não interessa*) será aproximadamente de 60 minutos.

A data e hora serão de acordo com a sua conveniência e disponibilidade e o local um gabinete providenciado pelo serviço de psiquiatria.

A sua participação terá de ser voluntária, podendo suspendê-la a qualquer momento, quer de uma forma temporária quer de forma definitiva. Da aceitação (ou da recusa) em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos para o processo de tratamento em curso.

Para salvaguardar a exatidão da informação, relacionada com o tema em estudo, a Entrevista/*Focus Group* (*riscar o que não interessa*), da minha responsabilidade, tem de ser gravada em áudio e/ou vídeo e posteriormente identificada com uma codificação própria.

Tudo o que for dito ao longo da entrevista será confidencial e sigiloso.

É garantido o anonimato da sua identificação e as informações recolhidas no decurso da sua participação serão mantidas na mais estrita confidencialidade sendo

apenas utilizadas para fins do estudo no âmbito do Mestrado de Gestão em Enfermagem.

Tendo aceitado participar no estudo, necessito da sua assinatura e agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade. O meu contacto telefónico é [REDACTED] e o correio eletrónico é m.soares@campus.esel.pt. Este termo constará de duas vias, das quais uma ficará com a investigadora e a outra com o(a) participante entrevistado(a).

Investigadora:

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar e/ou interromper a participação neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e sabendo que será mantida o garante da confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome:

Assinatura:

Apêndice VII – Tabela de Unidades de Registro

CÓDIGOS ÁRVORE Categoria	CÓDIGOS LIVRES Subcategorias	INFERENCIA	UNIDADES DE REGISTO
CONCEITO E MODELO	Literacia em HD	Peritos: Solução de cuidados; Funcionamento 24h; Equipa multidisciplinar e multiprofissional; Igualdade de oportunidades de tratamento.	O internamento é uma solução de cuidados, que é ativada para funcionar durante 24 horas no atendimento por uma equipa que é multiprofissional e desejavelmente multidisciplinar, isto cria dificuldades quando pensamos num internamento domiciliário, ou seja, o internamento domiciliário de algum modo precisa de responder às mesmas necessidades que nalgum momento do internamento hospitalar as pessoas teriam – P1
		Familiares: Consentimento; Desejo da Família; Hospital em casa.	Parte do princípio que seja de iniciativa da família. Vai ao hospital e pede a hospitalização domiciliária – F1 A hospitalização em domicílio é o hospital em casa com a equipa – F3
		Utentes: Ideia de ser mais suave; evita excesso de pessoas no hospital; alivia o trabalho e as pessoas doentes; aumenta a rotatividade de pessoas com doença aguda; uma mais-valia; vão enfermeiros a casa; cuidar em casa; sinonimo de estar presos em casa.	Não sei bem. Não percebi bem o que é que é – U6 É algo que acaba por ser mais suave porque é feita no domicílio ou feita em casa da pessoa. Acho que também seria bom para evitar o excesso de pessoas nos hospitais, e se há uns casos de dá para fazer isso e há essa possibilidade alivia o trabalho de toda a gente e alivia as próprias pessoas – U1 Se estamos internados tem que estar presos em casa e não podemos sair – U2
		Peritos: Pode adequar ao modelo de HD; Definir bem as indicações clínicas; Garantir especificidades; Conjunto de casos que poderiam; Nem sempre, nem todos os casos; Criar estrutura e ambiente contentor e terapêutico em	Penso que com o modelo de hospitalização domiciliar em saúde mental, pode se adequar – P2 Seria importante era definir bem as indicações clínicas – P2 garantir que exista um espaço adequado para as pessoas, que estejam em casa, para não colocarem outras pessoas ou aquelas em risco – P2 Hoje em dia é quase indiscutível que há um conjunto de casos que poderiam. Ser mais bem tratados em casa do que no contexto. No contexto hospitalar – P2

	Alternativa	<p> casa; distinguir a modalidade de internamento (total e parcial); Pode ser mais indicado no primeiro surto; Iniciar com casos piloto, redução do número de dias de internamento; Acompanhamento do utente e família numa fase inaugural de tratamento; Mais-valia não ser submetido ao internamento hospital pelo peso, simbolismo; Considerar a capacitação do outro e a sua autodeterminação no processo de saúde/doença; Ofertas terapêuticas não podem ser inferiores em quantidade e em qualidade das ofertas hospitalares; Iniciar com reflexão de casos conhecidos; Constituir critérios de inclusão e exclusão; Não há alternativa ao internamento convencional; Risco de modelo hospital-centrico; bom recurso extra e não um </p>	<p> Talvez seja possível encurtar o internamento na crise, se for possível, em casa, no domicílio, criar uma estrutura, um setting... criar uma estrutura que seja suficientemente contentora e terapêutica para que a pessoa possa fazer em casa parte daquilo que tradicionalmente faria no hospital – P1 Só faz sentido pensá-lo como uma ferramenta que ajuda a que as pessoas não fiquem tanto tempo internadas no hospital e depois vão mais cedo para casa – P1 Garantir que quer do ponto de vista da estrutura, quer do ponto de vista da família, que há respostas para não sobrecarregar ainda mais as famílias com uma coisa que elas não têm capacidade para dar – P2 Acompanhar um, dois casos piloto – P1 Retirando mais cedo os doentes do internamento, assim que se considera que tenha a estabilidade necessária. Obviamente que existem critérios específicos. Tem que existir critérios clínicos, critérios sociais e familiares, no que diz respeito também às condições habitacionais e à concordância com o estar voluntário nesta circunstância de internamento no seu domicílio – P4 Por uma questão ética e deontológica, as ofertas terapêuticas da hospitalização domiciliária não podem ser inferiores em quantidade e em qualidade das ofertas terapêuticas da hospitalização hospitalar – P1 Acho que a hospitalização domiciliária é uma. É uma excelente ideia no sentido de tornar os cuidados mais comunitários, mas por outro lado é demasiado hospital cêntrico para aquilo que são os modelos de cuidados que hoje em dia se preconizam. Ou seja, o fundo conceptual da coisa continua a ser um bocadinho ou um bocadinho hospital cêntrico. Portanto eu acho que é um bom recurso, como um extra, digamos assim, mas não deve ser um fim último – P6 Mas se calhar precisamos fazer a investigação-ação – P1 </p>
--	--------------------	--	--

		<p>fim em si; Funcionada de forma articulada em alguns casos específicos; Realização investigação-ação; Dar voz aos utentes e famílias; conhecer e acreditar os indicadores dos ganhos em saúde.</p>	<p>É também importante dar voz aos utentes e famílias alguma coisa que em Portugal nós fazemos pouco, que é a utilização dos peritos pela experiência – P1</p>
		<p>Familiares: o SNS passa a responsabilidade para a família; a família pode não estar disponível; Risco de externalizar o problema; Solução para um SNS sobrecarregado; Muitas dúvidas; Numa fase de crise não me parece possível; é possível e desejável; Estar fora de um ambiente traumático e perturbador; Caminho de evolução significativo e importante; funciona com uma família que possa cuidar</p>	<p>É o sistema de saúde a passar para a família uma responsabilidade que é sua – F4 Externalizar ou deixar para passar a bola. É mais simples passar a bola, à família, isto é. Acho que há esse risco, uma vez que ao sistema de saúde está sobrecarregado, pois tem muita procura – F4 Eu acho que é possível e desejável – F1 Por isso eu acho que seria um caminho de evolução muito significativo e muito importante para a saúde mental – F1 Naturalmente que isto se calhar funciona, a hospitalização, se a família tiver alguém que possa cuidar. Eu acho que ninguém vai avançar para este serviço se não houver quem possa cuidar – F1 Quanto à hospitalização em crise, eu tenho que concordar que não há como, não há como não há como numa situação de surto psicótico – F3 Nem pensar. Não haver uma intervenção de alguém a que ele reconheça uma autoridade – F4 Sou muito cético relativamente à hospitalização domiciliária – F4</p>
		<p>Utentes: Possível, com uma estrutura familiar boa; juízo crítico mantido; Decisão sobre a evolução do</p>	<p>A pessoa e vai recuperar mais rápido e de forma mais consistente e ir para o hospital acho que a pessoa deve tentar ir para o hospital, se vêem que é ela</p>

		<p>tratamento; pesar as consequências da decisão; Depende das crises; Aceitação de tratamento; Fazer atividades em casa; Mantem o seu meio; Ajuda a ultrapassar o estigma; depende do surto e da história do surto; é uma alternativa; depende da avaliação do doente.</p>	<p>por ela é que a pessoa consegue recuperar bem estando em casa, melhor ainda por estar em casa - U1</p> <p>A primeira fase teria que haver uma deslocação do ambiente - U3</p> <p>Tudo depende muito do surto da história que envolve o surto – U3</p> <p>É uma alternativa e a nível hospitalar até se calhar para os próprios médicos não, não se torna tão cansativo. A atenção que têm que dar e talvez tenham mais uma forma mais fácil de abordar – U3</p> <p>Acho que era possível. Com o médico a vir a casa, enfermeiro a monitorizar o doente – U4</p> <p>Triste esse estigma. Mas sim, com estas novas abordagens, acho que as coisas podem melhorar muito – U4</p> <p>É possível. Acho que desde que a pessoa aceite tomar a medicação ou que tenha alguém que que administra a medicação, diga sim ou que supervise. Acho que sim. Faz sentido. Acho que tem que haver também uma retaguarda familiar – U5</p> <p>É uma ideia legítima. Acho que é um bocadinho complicado – U6</p> <p>Acho que seria possível, mas mesmo com os profissionais todos aptos a trabalhar em casa, eu acho que tinha. Também tinha que haver uma estrutura familiar boa do próprio doente, porque só uma das coisas não dá – U1</p> <p>O foco e o ponto têm de ser como é que a pessoa vai ficar bem e se a pessoa vai ficar bem. Com internamento domiciliária, com hospitalização domiciliária ou a possibilidade de ficar melhor em menos tempo e ir para o hospital? Acho que isso é que tem de ser uma balança, porque se a pessoa ficar se, é melhor</p>
--	--	---	--

			para a pessoa e vai recuperar mais rápido e de forma mais consistente e ir para o hospital acho que a pessoa deve tentar ir para o hospital, se vêem que é ela por ela é que a pessoa consegue recuperar bem estando em casa, melhor ainda por estar em casa. Ninguém gosta de hospitais, estar em casa é melhor – U1
	Modalidades	<p>Peritos: Encurtar o internamento na crise; Ferramenta que ajuda a que não se fique tanto tempo nos hospitais; Internamento misto (hospital e casa); Estabilidade necessária; Critérios específicos (clínicos, sociais e familiares, habitacionais e consentimento); Estudo piloto – redução do nº de dias de internamento; Encontrar o momento em que tem x condições e as famílias com potencial.</p>	<p> Talvez seja possível encurtar o internamento na crise, se for possível, em casa, no domicílio, criar uma estrutura, um setting – P1 só faz sentido pensá-lo como uma ferramenta que ajuda a que as pessoas não fiquem tanto tempo internadas no hospital e depois vão mais cedo para casa – P1 Eu penso que podia se dividir duas coisas uma era os internamentos que são passíveis de ser substituídos do hospital pelo domicílio e aqueles que eu penso que se calhar numa primeira fase, que havia vantagens que era de abreviar, digamos, ao mínimo internamento – P2 Retirando mais cedo os doentes do internamento, assim que se considera que tenha a estabilidade necessária. Obviamente que existem critérios específicos – P4 Naquela lógica de que os doentes, a partir do momento que que tem X condições e até que as famílias têm potencial de lhes fazerem uma parte do internamento hospitalar no domicílio, eventualmente isso podia ser, por exemplo, uma boa experiência – P2</p>
		<p>Familiares: Em crise não será possível; receio que seja só para libertar camas; Encontrar a fase cinzenta; Definição de estabilidade.</p>	<p>Era preciso dizer, definir o que é estabilidade – F4 na tal fase cinzenta em que já não está a psicóticos a ficar deambulante, claro que o benefício é estar no seu espaço – F4</p>

			Precisamos de libertar uma cama para vir outro. Se não for isso, estou de acordo. Agora eu tenho dúvidas que às vezes isso não seja o raciocínio que é feito – F4
		<p>Utentes: Momento de passagem para casa; Importância do internamento hospitalar; Rotatividade de pessoas em situação aguda; na primeira fase é necessária uma deslocação do ambiente; 1 ou 2 semanas no hospital e depois regressar a casa com medicação e acompanhamento; medo de perder o controlo.</p>	<p>a primeira fase teria que haver uma deslocação do ambiente – U3 Fazia sentido ficar uma ou duas semanas no hospital e depois regressar a casa com medicação e esse acompanhamento – U5 tinha de haver um controlo, não é? o enfermeiro, ou pessoa que está encarregue tinha de controlar a pessoa que foi para casa, porque senão acredito que as pessoas pudessem perder um bocado o controlo ali – U2 Acho que a dada altura do internamento podia ter ficado em casa, mas acho que tinha de ir para o hospital – U2</p>

CÓDIGOS ÁRVORE	CÓDIGOS LIVRES	CONCEITOS CHAVE	UNIDADES
<p>VANTAGENS E DESAFIOS</p>	<p>Vantagens e Benefícios</p>	<p>Peritos: Necessidade de informação, formação e educação das pessoas; Aspectos da confiança e da relação terapêutica; Adequar cuidados e estratégias ao contexto real; Poupar a pessoa ao peso do internamento hospitalar; Evitar a rotulagem; Não há descontinuidade quotidiana da pessoa; Prestar cuidados no meio menos restritivo possível; Transmitir conhecimentos à família; Trabalhar objetivos concretos; Conhecimento real do contexto – investigar, diagnosticar e adequar intervenções dirigidas; Garantir a continuidade de cuidados; partilha de responsabilidades; redução do impacto do pós-alta; nivelamento da relação; perda</p>	<p>Muita necessidade de informação e de formação e de educação que muitas vezes, nos primeiros surtos psicóticos, eu acho que também é uma mais-valia – P3</p> <p>Mais-valia em relação a todos os aspetos da confiança e do desenvolver de toda a relação terapêutica – P4</p> <p>Existem vantagens na forma como nós podemos adaptar e adequar os cuidados e até as estratégias ao contexto real – P4</p> <p>Mas noutros casos é possível fazer esta conciliação e continuar, permitir poupar a pessoa à questão de que é um peso num serviço de psiquiatria...aquele espaço físico concreto ao qual são colocadas as pessoas com experiência de doença mental, aos quais depois nós colamos uma série de rótulos – P5</p> <p>É uma resposta intensiva de tratamento, esta possibilidade de internamento em casa, poupando a pessoa àquilo que é o estigma – P</p> <p>O mais óbvio é a não descontinuidade quotidiana da pessoa... e prestar os cuidados no meio menos restritivo possível – P5</p> <p>A própria família também ganhar já um conhecimento que é como é que a pessoa começa a melhorar – P5</p> <p>Conseguirem se começar a trabalhar objetivos concretos para aquilo que é o bem-estar depois da pessoa – P5</p> <p>A vantagem de os profissionais terem um conhecimento real do contexto das pessoas que nós conhecemos no habitualmente fora do seu contexto e poder</p>

		<p>de onipotência institucional; Possibilidade de apoio tecnológico com robôs e camaras para vigilância/monitorização; Respostas diferenciadas para o aumento da complexidade voltada para a comunidade; Oportunidade de testar as intervenções psicoterapêuticas em contexto real e fazer as adequações necessárias; Mais-valia nas intervenções de enfermagem; Visibilidade para a profissão de enfermagem – ganho para a profissão.</p>	<p>assim investigar, diagnosticar e adequar de forma dirigida e coerente a face àquele contexto que muitos de nós às vezes só sabemos uma percentagem dele – P4</p> <p>Esta possibilidade de podermos dar esta continuidade, fazer garantir esta continuidade de cuidados, esta esta partilha das responsabilidades durante a transição da necessidade de internamento para depois o planeamento da alta – P4</p> <p>Há um certo nivelamento da relação no internamento, no internamento domiciliário, tal como acontece no âmbito da saúde mental comunitária. Uma certa perda de onipotência dos técnicos de saúde que vão à casa das pessoas e que as conhecem pelo nome delas. E isto eu vejo como como, como muito vantajoso, vantajoso – P1</p> <p>Mas hoje em dia nós temos recursos que permitem facilitar muito o internamento domiciliário, por exemplo, ao nível da vigilância. Hoje em dia estão desde robôs, desde câmaras. Tu podes ter uma pessoa num determinado contexto e estás à distância fazendo algum monitoramento – P2</p> <p>Há uma vantagem e realmente na relação que se estabelece com os com, com os doentes e com as famílias – P3</p> <p>Uma oportunidade fantástica de termos intervenção psicoterapêutica em que ela possa de imediato ir testando e irmos vendo se aquilo funciona ou não e irmos adaptando. E isso parece-me uma mais-valia importante para a intervenção de enfermagem – P6</p> <p>Eu acho que em termos de visibilidade da nossa profissão e da e da importância que nós podemos ter para as pessoas, também temos aqui um ganho que me parece que me parece interessante para a profissão – P6</p>
		<p>Familiares: Estar no seu espaço; ter família e amigos por perto; ritmo menos rígido; ganhos na prevenção e para saber agir; manter o ambiente de casa sob vigilância; melhorar a relação de confiança com os</p>	<p>Penso que estaríamos mais preparados primeiro para prevenir e depois também para poder agir – F1</p> <p>Portanto estava no seu ambiente, mas também sob vigilância. E acho que era bom por esse aspeto – F1</p> <p>A confiança que exatamente acho que é, eu acho que é um dos no meu caso. No caso do N., acho que é um benefício muito grande ele sentir empatia e confiança pela pessoa que esteve a tratar e irá tratar – F2</p>

		<p>profissionais; sentimento de alívio a ajuda; estar perto da família; não estar submetido ao ambiente pesado do internamento hospitalar; lidar com o imprevisto.</p>	<p>Na tal fase cinzenta em que já não está a psicóticos a ficar deambulante, claro que o benefício é estar no seu espaço, logo na sua casa, no seu quarto, poder visitar amigos ou ser visitado. Está com um ritmo menos rígido – F4 Também não estar submetido, que é uma coisa que ele conta na fase final da recuperação, quando já está a recuperar a lucidez. É o estado normal. O ambiente pesado que se vive no serviço de psiquiatria – F4 Mais aliviados se tiverem por perto um profissional de saúde. Portanto, e isso é muito importante. Isto não é uma doença. Como cuidar de uma perna que partiu isto. Às vezes há sempre um imprevisto e há sempre um imprevisto – F1</p>
		<p>Utentes: há um momento em que há benefício; menor saturação do hospital; Proximidade com a família e amigos; Deixar vagas no hospital para outras situações agudas; Mais protegida em casa; Maior foco pessoal; Ter atendimento individual e personalizado; ajuda a voltar à realidade mais rápido; Maior compreensão familiar; mais atividades lúdicas em casa; Mais conforto; evitar ambiente hostil, traumatizante e despersonalizado; redução do estigma; evitar a impessoalidade; Regresso acompanhado às rotinas; Acelera o tratamento e a cura; motivação para continuar o tratamento e não fugir dele. Ambiente menos stressante e</p>	<p>Eu acho que é o ideal é ir para casa, não estar muito tempo hospitalizado, porque ao fim de algum tempo o hospital já agrava mais do que ajuda – U3 Basicamente seria um aceleração da cura do tratamento – U3 Se fosse bem orquestrado...vai trazer vantagens para todos os lados – U3 Eu acho que se ia sentir mais. Mais fácil, mais perto da cura. E se calhar até motivada para continuar o tratamento do que fugi dele – U3 Se fosse em casa não era tão agressivo – U4 Eu senti me muito traumatizada nos internamentos. Foi muito difícil, muito difícil e em casa estaria no meu meio e seria muito mais suave. Há N Vantagens...vestir roupa é uma porque nós não gostamos de vestir pijamas todo o dia. Sentimos nos muito mal. Parece que não sei. É uma letargia, horroroso... A roupa é muito importante. O nosso espaço, o nosso quarto, a nossa casa de banho não tem nada a ver com a do hospital. É muito, muito impessoal – U4 Uma das vantagens também é a redução do estigma – U4 As distrações. Sempre ver uma série ou ver televisão que acho que ajuda e acho que interagem com a família. E acho que até acho que a família ia passar a compreender também mais a doença – U5 Sempre é outro conforto – U5 Sei que também estão sempre sobrelotados e à espera de vagas. Entra Uns saem outros e acho também vantagem para o hospital – U5 Estando em casa, estou mais protegida, estou mais. Apesar de também ser complicado... se eu estivesse em casa conseguia focar me mais em mim. – U6</p>

		<p>menos exigente; Liberdade na toma de decisões; mais noção e consciência de si mesma</p>	<p>Então isso é uma vantagem...eu acho que ter um destes dois profissionais a atender de uma forma individual – U6 Proximidade com a família, acho que é a melhor, tanto para nós como para a nossa família – U1 Eu acho que eu não ia ficar tão traumatizada...acho que a pessoa ia se sentir mais confortável...eu acho que eu acho que no fundo a pessoa também ia ter mais liberdade de tomar as suas decisões... E ali a pessoa ia ter mais noção, ia ganhar mais consciência de si mesma – U2</p>
	<p>Dificuldades e Obstáculos</p>	<p>Peritos: Dispersão geográfica; Mobilidade da equipa; Custos Associados; Recursos Humanos; Incertezas e perigosidade; Ligar com estigma; Valor diferente da doença mental Vs física; Pensamento Conservador; Zona de conforto; Relação de Poder; Políticas de Saúde (Equipas comunitárias); Duplicidade de respostas; Qualificação profissional; Lidar com a mudança de mentalidades.</p>	<p>A dispersão geográfica – P2 Grande desvantagem que era a mobilidade das equipas, o custo que tinha, a mobilidade das equipas, para depois dar uma resposta – P2 É sempre inevitavelmente, o olhar para a pessoa com experiência de doença mental como sendo sempre imbuída numa certa incerteza e numa certa perigosidade que coloca para ela, para os outros, e que isto acaba por ser algo que nos detém – P5 Primeiras dificuldades é mesmo lidar com o estigma que ninguém quer admitir – P5 Atribuir o mesmo valor de capacidade de tratamento à pessoa com doença mental que a pessoa com doença física – P5 Mas estamos todos muito de pé atrás e com muito pouca confiança e fé naquilo que são as pessoas em Portugal com experiência de doença mental é a minha perspetiva – P5 O carácter inovador da do tipo de modelo de cuidados de serviço que se pretende prestar também por si só pode ser muito aliciante e muito interessante e até ser uma mais-valia. Mas também por si só. Às vezes é uma barreira, uma barreira para as equipas, para os modelos que apesar dos esforços de querermos deinstitutionalizar as pessoas, continuamos a associar o tratamento em psiquiatria e o tratamento em fase aguda, especificamente ao contexto institucional e ao como se as pessoas não tivessem nenhum, em nenhum momento, condições para estar fora das quatro paredes do de um hospital – P4</p>

			<p>Um pensamento conservador. Com pensamento muito conservador em relação também a que as práticas e as respostas, habitualmente as mais convencionais, é que é que o país tem tradição já, já, já também de largos anos e alguma dificuldade em perceber que às vezes existe uma resposta nova que não vem retirar a área de intervenção que já existe, feita, mas que vem acima de tudo complementar os cuidados e que pode ter até uma mais-valia- P4</p> <p>Questões ligadas às as finanças públicas...políticas de saúde mental muito centradas no cumprimento do Plano Nacional de Saúde Mental e está a ser feito um esforço grande nesse sentido...sem recursos humanos parece muito difícil fazer qualquer modelo de hospitalização domiciliária – P6</p> <p>O alinhamento das políticas de saúde mental ou desalinhamento com o conceito de hospitalização domiciliária, porque aquilo que as políticas de saúde mental têm preconizado em termos de intervenção na comunidade é, acima de tudo, a criação de equipas comunitárias, de saúde mental – P6</p> <p>As limitações e os modelos estão se de facto a gente tem recursos para poder constituir uma equipa que dá que que. Que faz o verdadeiro atendimento. Se as equipas pois tem um carro e o carro não está avariado – P2</p> <p>Multiplicidade de respostas sem elas serem complementares e, portanto, haver uma duplicidade – P2</p> <p>Uma ligação aos determinantes sociais e económicos da saúde e da doença mental, onde a ligação entre doença mental e pobreza aparece, mas onde a ligação entre pobreza e habitação também aparece – P1</p> <p>Qualificação dos técnicos para a intervenção deste modelo, quer para saber se trabalhar e interdisciplinar mente também neste modelo – P3</p> <p>Temos que mudar muito e temos que mudar muito por dentro em termos de nós próprios, profissionais – P3</p>
--	--	--	---

		<p>Familiares: Dificil implementação a área da saúde mental; Intervenção em casa que reconheça a autoridade; Dificuldade em encontrar o momento de transição; Adesão à medicação.</p>	<p>Não haver uma intervenção de alguém a que ele reconheça uma autoridade – F4 Tínhamos muito dificuldade em que ela tomasse a medicação – F5</p>
		<p>Utentes: Acesso facilitado (consumos/saídas); Retroceder no tratamento; Relações familiares difíceis; Supervisão familiar excessiva; Toma da medicação; Desgaste profissional rápido; Ausência/diminuição de regras e rotinas em casa; Perigosidade das situações; Episódios de agressividade; Organização hospitalar/custos/tempos; Lidar com outras pessoas doentes.</p>	<p>Dependendo da história, do, mais uma vez, do surto da pessoa pode ser. Pode ser, uma pessoa pode cometer um crime ou não – U3 Até pode ser a nível de toma da medicação também... Nível de organização hospitalar e os custos e o tempo. – U3 É difícil conter a pessoa em casa sem poder ir a uma praia, a um café – U4 Se calhar toma a medicação – U5 Também os enfermeiros também poderão ficar mais desgastados -U5 Fazia bem as regras que eu tinha aqui e acredito que sim, mas nós em casa desleixamos um bocado...as saídas para algumas pessoas eu acho que é um bocado perigoso - U5 A relação com os meus pais... controlo por parte dos pais... os pais serem muito críticos – U6 Sobretudo para casos de psicose, acaba por pode haver um retrocesso mais facilmente a pessoa estar em casa – U1 As pessoas pudessem perder um bocado o controlo – U2 Uma pessoa que tenha um problema de consumir alguma coisa. Se ela for para casa, se calhar vai ter mais tendência a consumir essa coisa por ter mais liberdade – U2 Se a pessoa for muito violenta ou se tiver assim problemas de raiva, já não é tão bom porque não há ali uma equipa de força para controlar a situação e acho que aí podia se descontrolar um bocadinho – U2</p>

CÓDIGOS ÁRVORE	CÓDIGOS LIVRES	CONCEITOS CHAVE	UNIDADES
IMPACTO FAMILIAR	Transição	<p>Peritos: mesmas condições que o hospital; Ambiente físico adequado; Ambiente terapêuticamente utilizado; Ambiente psicossocial; averiguar funcionamento familiar; família como recurso terapêutico; Família em condição de setting; Cuidados de elevada complexidade e intensidade; podem ser admitidos pela urgência; Perceber competências mobilizadas dos familiar; Análise da dimensão clínica, do contexto e da família; centrar o discurso nas necessidades da pessoa e naquilo que a família tem para oferecer.</p>	<p>A questão é criar em casa, criar em casa as mesmas condições ou condições melhores do que aquilo que as pessoas têm no hospital – P1 Garantir que o ambiente físico é suficientemente adequado e é terapêuticamente utilizado, que é alguma coisa que as famílias não sabem fazer. Vão ter que aprender e vão ter que ser apoiadas – P1</p> <p>Desde que as famílias tenham condições, uma vez mais, para funcionarem como setting – P1</p> <p>Estamos a falar de cuidados de elevada intensidade e de elevada complexidade. E se existissem equipas, estruturas capazes de fazer de ajudar nesta primeira decisão na vinda ao Serviço de Urgência, Se calhar também alguns desses doentes poderiam ser admitidos por aí – P4</p> <p>Se calhar estas experiências piloto que podem vir a acontecer, selecionando criteriosamente as pessoas que possam estar envolvidas nestas iniciativas – P4</p> <p>uma análise quer destas três dimensões da dimensão clínica da pessoa, se era possível estar no domicílio e se da dimensão depois das condições do contexto e da família, se tinham condições para poder fazer isto – P3</p> <p>Penso que nós precisamos de mudar o discurso, não falar em doentes ou em doenças, mas nas condições da interseção entre as necessidades da pessoa e aquilo que a família tem para oferecer, independentemente da psicopatologia – P1</p>
		<p>Familiares: Articulação entre enfermagem e a família; definir o que é estabilidade; encontrar a fase cinzenta</p>	<p>eu acho que se houvesse aqui uma articulação nessa fase entre a enfermagem e a família, era desejável – F1</p> <p>na tal fase cinzenta em que já não está a psicóticos a ficar deambulante – F4</p> <p>era preciso dizer, definir o que é estabilidade – F4</p>

		<p>Utentes: Em 2 semanas começa a pensar melhor, com poder crítico; Em casa com a família apoiante lida-se melhor com comportamentos e com a medicação; atuação rápida em casa faz integrar melhor; Primeiros 15 dias são os piores; Integrar a família e ajudar a aceitar e viver com a doença; transição discutida primeiramente com equipa e família – depois o doente – falsas expectativas; transitar apos 2 semanas com acompanhamento e medicação; Depende do comportamento e das reuniões com o medico; há um momento de beneficio transitar; ganhar novas rotinas; Mais fácil aceitar; é mais fácil para o estado; recuperação mais facilitada.</p>	<p>Dependendo do comportamento e das reuniões com os médicos – U3 Um momento mesmo difícil de encontrar, mas que há um momento em que há benefício sim – U3 A partir do momento que já toma a rotina da medicação e é mais fácil depois de aceitar também – U3 Primeiro uns dias no hospital e depois fazer a transição para casa – U4 Eu diria os primeiros 15 dias são os piores – U5 Fazia sentido ficar uma ou duas semanas no hospital e depois regressar a casa com Medicação e esse acompanhamento – U5 Passado se calhar duas semanas, já começo a pensar melhor, Já começa a ter o poder crítico – U6 Haver essa transição de uma fase mais aguda logo ao início para um internamento em casa, e o facto desses profissionais começarem logo a atuar faz com que o doente comece a integrar melhor estes comportamentos – U6 Se tivesse sido com alguém, se calhar tinha sido mais fácil – U2</p>
		<p>Peritos: Família preocupadas; não ser mais uma sobrecarga; Determinantes sociais e económicos; família ganha em conhecimentos; ambiente em casa adequado; perceber funcionamento e dinâmica familiar; perceber competências mobilizadas pela família;</p>	<p>Porque vamos estar a pedir à família que seja a recurso terapêutico e muitas das vezes, as famílias, as dinâmicas, mais do que serem recurso, são dinâmicas patogênicas, onde as pessoas adoecem a partir daí – P1 Primeiro surto em que as famílias estão muito preocupadas e sentem que o internamento é algo muito penoso – P3 Garantir que quer do ponto de vista da estrutura, quer do ponto de vista da família, que há respostas para não sobrecarregar ainda mais as famílias com uma coisa que elas não têm capacidade para dar e depois adoecem as famílias – P2</p>

	Família		<p>Existe de alguma forma que algumas competências mobilizadas, mesmo numa fase aguda ou pré até chegar o momento em que se interna a pessoa. Portanto, se quer perceber que competências é que são estas – P4</p> <p>A própria família também ganhar já um conhecimento que é como é que a pessoa começa a melhorar e ela própria experienciar de uma forma mais contínua – P5</p>
<p>Familiares: sentimento de família doente; não estão sozinhos; Esperança; Maior apoio; Oportunidade de partilha; redução da sobrecarga familiar.</p>		<p>A família também de certa forma, fica doente, não é? Não é só. Não é só o doente – F1</p> <p>Nós estamos sozinhos – F1</p> <p>Momento de ver a esperança – F1</p> <p>Sentimos mais apoiados – F5</p> <p>Mas também podemos falar dos nossos medos – F2</p> <p>Isso é o que a família deseja – F1</p> <p>Nem aqueles que estão mais clarificados com a doença e que acreditam que conseguem tratar. Até esses ficam muito mais aliviados se tiverem por perto um profissional de saúde – F1</p> <p>Mas acham que esta questão da hospitalização domiciliária pode trazer um acréscimo de sobrecarga à família? Ou, pelo contrário? --- pelo contrário... Ainda mais se há elementos profissionais que estão ao nosso dispor F3... E isso é o que a família deseja F1... E para nosso bem! Mas absolutamente não é um transtorno F3</p>	
<p>Utentes: Família como parceiro; Dificuldades na relação familiar; Supervisão familiar excessiva; sentimento de família doente; Ajuda indireta para a família; Aumenta a responsabilidade familiar.</p>		<p>É um bocado pesado para a família.... mos tendência a impor as nossas vontades e a família... Mas é uma grande responsabilidade para a família.... E a família pode estar saturada das doenças e não ter paciência para aturar tudo – U3</p> <p>As doenças afetam a família toda, porque depois é uma catadupa em que o doente está doente, mas a família também fica um bocado doente e preocupada e precisam de aqui de uma ajuda para gerir tudo isto – U4</p> <p>A família muitas vezes não sabe lidar com os doentes e lida como se fosse uma pessoa qualquer, normalíssima. E depois é muito complicado. Porquê? Porquê? Porque nós precisamos, entre aspas, de um cuidado extra – U4</p>	

			<p>Também é importante perceber que a doença afeta não só o doente, mas também a família – U6</p> <p>os pais às vezes já estão com uma depressão e o facto de os enfermeiros irem lá a casa podem? Pode. Também podem tentar perceber se os pais precisam de alguma medicação. Acho que eu não sei tentar perceber as dificuldades que estou a ter – U6</p> <p>Um parceiro não é um complemento – U1</p>
--	--	--	--

CÓDIGOS ÁRVORE	CÓDIGOS LIVRES	CONCEITOS CHAVE	UNIDADES
GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO	Funcionamento	Peritos: <i>Intervenção pluridisciplinar;</i> <i>Intervenções integradas; nº de profissionais;</i> <i>rotatividade; Equipas fixas.</i> <i>Evitar a rotatividade;</i>	<p>Se estivermos a falar de uma intervenção pluridisciplinar, onde aquilo que chega ao domicílio das pessoas são intervenções integradas com integradas dos pelos vários profissionais que já também estão disponíveis nos próprios serviços de internamento – P4</p> <p>Redefinindo a forma como estes profissionais entram no domicílio e até e até o número e a rotatividade destes profissionais, porque há registos, realmente há necessidade de existirem equipas que sejam também mais fixas – P4</p> <p>de vigilância 24 horas por dia, portanto, ou de cuidados que pode necessitar 24 horas por dia – P2</p> <p>Portanto, não podemos estar a falar de equipas também muito rotativas – P4</p>
		Familiares: <i>Médico;</i> <i>Enfermeiro Especialista;</i> <i>com experiência; Afinidade;</i> <i>Serviço Social; Frequência das visitas ajustada ao estado das pessoas;</i> <i>Frequência diária; Reforçar</i>	<p>Médico, Psiquiatra, Pois é um enfermeiro especialista nesta área, preferencialmente aquele que acompanhou no internamento – F1</p> <p>Só bastava um médico psiquiatra e uma enfermeira especialista – F1</p> <p>Dependendo dos casos e das situações socioeconómicas das famílias, alguém do Serviço social – F4</p> <p>Com uma frequência que teria de ser ajustada ao estado da pessoa – F4</p>

		<p>a equipa se necessário; retroceder ao hospital se necessário; Nº de horas; nº de visitas; contacto direto durante a noite; Psicólogos; Ligação com a autoridade;</p>	<p>Tinha que ter uma frequência diária e tinha que se ver os casos de que precisam mais vezes. Era preciso ser montado de maneira a reforçar se fosse preciso. Ok. E retroceder para a hospitalização em hospital, se fosse preciso. Sim, sim. Ao fim de um dia, à noite começa a dar a sinais de que esta agitado – F4 Haver um contacto para a noite, que é sempre um período crítico – F4 Um telefone – F2 Mas eu também acho muito importantes psicólogas da doença – F1 E tem que haver uma ligação com a autoridade – F3</p>
		<p>Utentes: Apoio Diário; Enfermeiros; Auxiliares; Articulação entre enfermeiro e psiquiatra; Psicólogo; Consulta com psiquiatra deve ser em privado; Visitas faseadas; Médico 1xsemana; Enfermeiros 3xsemana; Psicólogo 2xsemana; Contacto direto com os familiares; Enfermeiros diariamente; Visitas da equipa ao mesmo tempo; Primeira fase diariamente; Depende dos casos; Assistente Social; Até 2x dias se necessário; Manter equipa fixa para criar relação.</p>	<p>Enfermeiro e médico...primeira fase, diariamente...Dependendo do caso da toma dos medicamentos, da resistência à toma e ao hábito...O médico poderá ter menos, tipo uma vez por semana...E se calhar irem em separado e não em conjunto...Parte do tratamento a assistente social devia intervir também...Para tentar. Motivar a pessoa a resolver a questão de saúde para poder avançar a nível social – U3 O enfermeiro/enfermeira...E às vezes a médica...de semana a semana vinha um médico...e um psicólogo, já agora...podia ser ao mesmo tempo sim, sim, vinha médico e o enfermeiro. Um tratava de um assunto, outro tratava de outro – U4 Uma equipa de enfermagem e os médicos talvez fossem uma ou duas vezes por semana...depois os enfermeiros passavam aos médicos e se fosse preciso ir mais cedo, também iam. Mas também não sei se era uma questão que fosse diária. Talvez dia sim, dia não...só se houvesse alguma medicação para dar, mas acho que a psiquiatria não era necessária, se calhar ser diário. Mas pronto, ficarem sempre em contacto com a família, o contacto, alguma coisa que a família reportasse ou assim e pudessem agir ou vir ao hospital ou então irem a casa...eu dizia que até um enfermeiro era</p>

			<p>suficiente...médico seria uma vez por semana também para ver o doente – U5</p> <p>Eu acho que se por um médico, por um enfermeiro, é talvez um psicólogo. Ok, pronto. Depois eu acho que a consulta com o médico devia ser privada...chegada a casa devia ser faseada... o médico uma vez por semana, mas o enfermeiro duas ou três vezes por semana, por semana – U6</p> <p>acho que o acompanhamento tinha que ser ao máximo, mas tinha que ser diário. Acho que é o que faz sentido e...dependia também de caso para caso.... Enfermeiros. Um auxiliar, talvez! ...há uma articulação entre o enfermeiro e o psiquiatra. O enfermeiro tivesse transmitido ao médico como é que as pessoas estão – U1</p> <p>Os enfermeiros...o paciente também ia se sentir mais confortável em falar com o médico, psicólogo ou psiquiatra em casa, porque é um ambiente mais, mais tranquilo...todos os dias, talvez uma parte do dia, se calhar de manhã ou à tarde se distribuía assim... se calhar todos os dias de manhã, talvez de manhã e ao final da tarde...acho que pelo menos duas vezes por dia. E até podia ser enfermeiros diferentes, mas acho que a mesma enfermeira ou o mesmo enfermeiro é melhor... devia ser sempre a mesma para criar uma relação com o paciente – U2</p>
		<p>Peritos: Prepara para a mudança de mentalidade e resistências; capacidade de sair da zona de conforto; qualificação dos profissionais; Mudança por dentro; Mudança de discurso</p>	<p>Perceber que saímos da nossa zona de conforto e que temos que diluir os nossos poderes na casa do outro – P4</p> <p>É diferente e é preciso preparar também os técnicos para essa diferença – P2</p> <p>Qualificação dos técnicos para a intervenção deste modelo – P3</p> <p>Temos que mudar muito e temos que mudar muito por dentro em termos de nós próprios – P3</p> <p>Aqui há algumas resistências em discutir determinados aspetos da prática habitual de cuidados – P4</p>

	Características e competências dos profs.	<p>Familiares: empatia; Cumplicidade; Afinidade; Espírito de missão; vontade de recuperar o doente; ser especialista da área; Experiência; Saber ouvir; Profissionalismo; Saber comunicar; Firmeza; Autoridade.</p>	<p>Tem que ser sempre a empatia, essa pronto ter, ter a tal cumplicidade – F1 sempre aquela enfermeira que a pessoa tem mais afinidade – F1 O enfermeiro tem que ter aquele espírito de missão e de também ter a vontade de recuperar o doente – F1 Mas acho que sobretudo a empatia, a empatia e a vontade do enfermeiro querer – F1 Tinha que ter a especialidade para tratar o doente – F1 Tinha que ser alguém que tivesse formação. Pode não ser acadêmica, mas pode ser de experiência – F1 Haver empatia, tem de haver, profissionalismo – F5 os enfermeiros devem ter o saber comunicar – F1 Também tem que ser assertivo – F5 é muito importante o profissional dizer assim a assertividade, a firmeza – F5 A firmeza, a autoridade – F4</p>
		<p>Utentes: Gosto pela profissão; paciência; compaixão; voluntariosas; dedicadas; Poder de encaixe; Compreensivos; Sem austeridade e rigidez; Contidos nas expressões; Conciso; Direto; Saber ouvir; Ser Humano; Preocupar-se com o outro; Amor à causa; Respeito: Simpatia; Incentivadores; Aceitantes; Afáveis; Elasticidade; Imparcialidade; Não julgar; Acolhedores; Calorosos;</p>	<p>Uma pessoa que tivesse uns gostos semelhantes ao meu para que houvesse uma empatia... mais fluído e para aceitar melhor as diferenças, para ter mais abertura...afáveis... serem embaixadores da saúde...com muito elasticidade...tem de ter preparação para lidar com a família também – U3 Acho que têm que ser muito humanas, muito humanas. Preocupar se com o próximo... tem que ter amor à causa, senão não vai a lado nenhum. Então o médico tem que ser preocupado, o enfermeiro também e o psicólogo também...a empatia, respeito, preocupação, a característica, a simpatia – U4 Acho que a compreensão é às vezes ouvir um bocado o que é que o utente tem para dizer...acho que no fundo é saber ouvir e estar a ouvir – U5 Poder de encaixe...profissionais vão ter que ser compreensivos...serem contidos...compaixão também de perceber que estão perante uma pessoa que não está bem...um enfermeiro</p>

		<p>Sensíveis; Embaixadores da Saúde; Preparação para lidar com a família.</p>	<p>tem que ser muito conciso, muito direto quando descreve o que está a observar para não ser parcial – U6 Tem de gostar do que fazem, porque nestas áreas com que se tem que lidar... paciência e compaixão, perceber que o estado da pessoa não é o melhor... Tem de ser voluntariosas, têm de ser dedicadas – U1 devem ser imparciais. Não é porque estão a entrar na casa de uma pessoa, Não podem julgar se está suja... devem ser simpáticas, devem ser acolhedoras, calorosas... bons profissionais no geral, não devem ter noção com quem estão a lidar... não devem também tomar partidos... não devem julgar... não devem ser brutos, não devem ser insensíveis... devem ser muito humanos. – U2</p>
	<p>Tipologia de Intervenções</p>	<p>Peritos: Vigilância de regime terapêutico inaugural; monitorizar ganhos em saúde; mesma oferta terapêutica; Resposta intensiva de tratamento; Desenvolvimento da confiança e relação terapêutica; Trabalhar objetivos concretos; investigar, diagnosticar e adequar estratégias de forma dirigida; Garante da continuidade de cuidados; Partilha de responsabilidades; Planeamento de alta; Vigilância à distância; Intervenções</p>	<p>Aspectos da confiança e do desenvolver de toda a relação terapêutica – P4 Trabalhar objetivos concretos para aquilo que é o bem-estar – P5 investigar, diagnosticar e adequar de forma dirigida e coerente a face àquele contexto – P4 Fazer garantir esta continuidade de cuidados, esta esta partilha das responsabilidades durante a transição da necessidade de internamento para depois o planeamento da alta – P4 Uma oportunidade fantástica de termos intervenção psicoterapêutica em que ela possa de imediato ir testando e irmos vendo se aquilo funciona ou não e irmos adaptando – P6</p>

		psicoterapêuticas em contexto real; Intervenções pluridisciplinares e integradas;	
		Familiares: Toma da medicação; Assertividade e sintonia com o cuidador; esclarecer dúvidas; ajudar a preparar para a vida.	O enfermeiro conseguir assegurar que ela toma a medicação – F1 Assertividade com o cuidador – F1 Uma sintonia entre o cuidador e o profissional de saúde – F1 Esclarecer dúvidas do próprio doente e da família – F4 Ajudá-los a prepará-los para a vida – F5
		Utentes: Articulação entre a família e os médicos; Ser um parceiro; Ajudar a organizar o dia; Ajudar na alimentação; Preparação e administração de medicação; Observar discurso e comportamentos; Supervisionar AVD's; Saber como se sente, o raciocínio e as emoções; Dar amparo; Supervisionar; Perceber a evolução do tratamento; Ajudar nas tarefas em casa; Perguntar; Ajustar a medicação; Ajudar a família preocupada; Dar conselhos à família; Sensibilizar a família; Ouvir; Observar; Ajudar a ambientar-se em casa; Ser um intermediário;	Ouvir...E observar... lidar com a família também – U3 O enfermeiro vinha ver o estado do doente carregar a caixinha dos medicamentos, O médico vinha ver se a medicação está ajustada...perguntar coisas ao doente, se tem sentido bem, se não tem sentido bem, como é que se sente psicologicamente tudo, quais são os problemas que está a enfrentar...em relação a casa ajudar nas tarefas de dizer como é que deve ser feito, o que é que deve fazer, o que é que se deve preocupar e o que não é preciso preocupar....Ajudava imenso até a dar conselhos aos pais, aos pais, aos irmãos. Porque estas pessoas, A família muitas vezes não sabe lidar com os doentes – U4 Integração também com a família e também o aceitar e viver com a doença...saber como é que está o doente, como é que se tem sentido também para, no fundo, não se sentir assim desamparado...supervisionar...deve ver o diagnóstico do doente e também ver como é que vai a evolução do tratamento – U5 O enfermeiro vai estar mais a observar. Está bem, está mais numa fase de observação para depois reportar ao médico...O discurso está a observar o discurso. Está a observar os comportamentos, a forma como a pessoa fala, a forma como a pessoa se expressa acho que é isso...e perceber se as várias tarefas, tarefas ou atividades do dia estão a ser cumpridas, não só a nível de higiene, alimentação e

		<p>Explicar a doença à família; Acompanhar; Criar memórias; Ajudar a aceitar e a viver com a doença</p>	<p>caminhadas, exercício físico, mas também se tem feito atividades lúdicas, se tem lido livro, ouvir música....e também Se ele já consegue fazer um raciocínio lógico na forma como está a expressar as suas, a forma como sente as suas emoções – U6</p> <p>Tentar perceber como é que está a evolução... uma articulação entre o psiquiatra e o pai, ou a mãe ou o familiar...organizar o dia, sim...ajudar os doentes com a medicação a preparar a medicação ou lembrar Tens de tomar isto a esta hora – U1</p> <p>Dar a medicação é muito importante para as vezes. Normalmente não estamos muito convencidos a tomar a medicação. Ajudar também a ambientar se...e é ouvir também a pessoa...acho que com os pais também era capaz de ser de ajudar, porque os pais também não iam ficar com um peso tão grande de tomar conta da pessoa...aqui é um intermediário...acho que o enfermeiro tinha um papel importante aí também. Mostrar aos pais que a pessoa não é uma desabilitada ou que a pessoa não é, sei lá, maluquinha como as pessoas dizem, não é? Acho que mostrar um bocado a realidade – U2</p>
	<p>Enf. Gestor</p>	<p>Peritos: Defender o modelo; Lugar intermedio das organizações; Dobradiça a passar MGS; Encontrar soluções; Ajuste na linguagem de enf. gestor; Mais literacia sobre gestão e saúde mental; Capacitar os gestores para qualidade dos cuidados; Aumentar recursos; Vertente de marketing;</p>	<p>Os enfermeiros gestores que são capazes de defender o modelo são os enfermeiros gestores que são também especialistas em enfermagem, em saúde mental e psiquiátrica - P1</p> <p>Estes enfermeiros gestores estão num lugar intermédio nas organizações...na ligação aos conselhos de administração e, deste ponto de vista, são uma dobradiça fundamental no que se refere ao fazer passar a mensagem, enfim, ir encontrando soluções – P1</p> <p>Também me parece que precisamos de aceitar, nós e os gestores, que os indicadores dos ganhos podem ser, neste caso, nesta área de especialidade, eventualmente diferentes – P1</p> <p>Tem que estar muito convencido de que vale pelo menos a pena tentar fazer o ensaio, na medida em que podemos chegar à</p>

		<p>criar sinergias; levar a ideia e convencer os conselhos de Administração; Pressão pelos utentes e famílias; Sensibilização dos profissionais; Criar abertura e espaço de discussão; Integração das visões e conhecimentos e aplicabilidade prática.</p>	<p>conclusão de que os ganhos, por exemplo, em dinheiro, não são os mesmos que ocorrem quando as pessoas são internadas em casa no contexto de uma intervenção cirúrgica, por exemplo. Os ganhos financeiros é. Deste ponto de vista. Há aqui uma linguagem dos enfermeiros gestores que me parece que precisa de ser mais e mais sensível P1</p> <p>O Enfermeiro gestor o que precisa é de mais literacia sobre esta sobre estas áreas de serviço. Não só os gestores como os políticos em Portugal – P2</p> <p>Os recursos não são diminutos e muitas vezes é difícil fazer valer – P3</p> <p>Uma vertente de marketing através do investimento em conhecimento científico e disseminação desta ideia, para que, em vez de ser visto como algo se calhar muito disruptivo e tão inovador como algo que deve ser essencial e fazer parte da carteira de serviços de saúde mental – P5</p> <p>Um enfermeiro gestor que acredita muito nesta resposta e que é capaz de criar sinergias relativamente às pessoas que fazem a gestão daquilo que são os recursos alocados – P5</p> <p>Há também uma responsabilidade da academia, daquilo que pode alertar e sensibilizar e contribuir para a formação dos profissionais de saúde que estão depois junto das pessoas – P5</p> <p>Os enfermeiros gestores podem ser muito importantes no sentido de convencer os conselhos da administração da importância disto – P6</p> <p>Também o enfermeiro chefe é influenciado pelos técnicos com quem trabalha – P3</p> <p>O enfermeiro gestor como alguém que pode ter um papel aqui de destaque na sensibilização até dos profissionais, na forma como recebem ideias que trazem não só os próprios profissionais, mas até que vêm de fora, mas que no fundo fazem com que as equipas questionem de forma sistemática a forma como fazem, como prestam os cuidados e a forma como recebem ideias novas – P4</p>
--	--	--	---

			<p>O enfermeiro gestor tem aqui um papel preponderante ao criar abertura e discussão espaço de discussão em equipa – P4</p> <p>O enfermeiro gestor tem aqui um papel importante nesta integração das visões e dos conhecimentos na aplicabilidade na prática – P4</p>
--	--	--	---

