



## **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

**Marisa do Rosário Soares**



**Lisboa**

**2024**



## **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

**Marisa do Rosário Soares**

Orientadora: Professora Maria da Graça Silva Quaresma

---

**Lisboa**

**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## PENSAMENTO

“Se, a princípio, a ideia não é absurda, então não há esperança para ela.”

**Albert Einstein (1897 – 1955)**

“Quando os ventos de mudança sopram, umas pessoas levantam barreiras, outras constroem moinhos de vento.”

**Érico Veríssimo (1905 – 1975)**

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado às pessoas mais importantes da minha vida, cuja presença e apoio incondicional me forneceram as forças para superar todos os desafios:

À minha mãe, Antónia, e ao meu pai, Artur, que me ensinaram o valor da perseverança, da honestidade e do amor. Vocês sempre foram o meu porto seguro, as minhas raízes, e tudo o que sou hoje devo a vocês. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo nos momentos em que eu mesma duvidei!

À minha avó Domingas, que com sua sabedoria e carinho, sempre foi uma inspiração. Os seus ensinamentos e histórias são preciosos tesouros que levo comigo e que me guiaram ao longo deste caminho. Obrigada por seres um exemplo de força e ternura.

Ao meu marido, Nuno, meu companheiro de todas as horas, cuja paciência e carinho me sustentaram nos dias difíceis. Obrigada por estares ao meu lado, por me encorajares e por seres a rocha sobre a qual me apoio.

E ao meu filho, Guilherme, que traz luz à minha vida e me faz querer ser sempre melhor. A tua alegria e pureza, lembra-me todos os dias a beleza de sonhar e de acreditar e da importância de seguir em frente, neste caminho, com coragem.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional:

Às minhas amigas e companheiras de viagem, Margarida Tomás e Vânia Martins, que estiveram ao meu lado, partilhando desafios e conquistas. A vossa amizade e apoio foram inestimáveis.

À minha orientadora, Prof. Graça, pelo seu conhecimento, paciência e orientação ao longo deste percurso. A sua dedicação e sabedoria foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

Ao Prof. Tiago Nascimento, cujo contributo foi crucial para o desenvolvimento deste trabalho. A sua dedicação, experiência e conselhos valiosos guiaram-me em cada etapa deste processo. Sou imensamente grata pela sua disponibilidade e pelo apoio constante que ofereceu.

Ao Prof. Manuel Lopes, ao Prof. Joaquim Lopes, ao Prof. Carlos Sequeira e ao Prof. Francisco Sampaio, que contribuíram de forma especial para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Um agradecimento muito especial à Enf. Fernanda Escalda, pelo apoio, confiança e incentivo durante este processo.

Aos utentes, familiares e peritos que participaram no estudo, o meu sincero agradecimento pela confiança e colaboração. Este trabalho só foi possível graças ao vosso contributo.

Aos meus colegas do serviço e de turma, pelo companheirismo e troca de experiências ao longo deste tempo. Aprendi muito com cada um de vocês, e a vossa presença tornou este caminho mais leve e enriquecedor.

Aos meus amigos, Sara Gaião, Sofia Rio, Miguel Moreira, Pedro Fernandes, Bruno Sanches, Rita Costa, Cristina Aleixo, Luís Peixoto e Isabel Vilhegas e aos restantes familiares, por estarem sempre por perto, nos momentos bons e menos bons,

oferecendo palavras de encorajamento e apoio incondicional. A vossa amizade é um pilar importante na minha vida.

Por fim, mas não menos importante, às pessoas com doença mental com quem tenho o privilégio de trabalhar e aprender todos os dias. Todos eles, são a razão pela qual continuo a acreditar na importância do meu trabalho e no impacto que ele pode ter na vida de tantas pessoas. Obrigada por me ensinarem tanto sobre resiliência, humanidade e esperança.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA – *American Psychological Association*

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

AP-HP- *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*

CA – Conselho de Administração

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CE – Comissão de Ética

CNPSM – Coordenação Nacional das Políticas para a Saúde Mental

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

COVID-19 – doença por coronavírus 2019

CRHTT – *Crises Resolution Home Treatment Teams*

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

CRSM – Coordenação Regional da Saúde Mental

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto de Lei

DPp – Desvio Padrão População

ECSM – Equipa Comunitária de Saúde Mental

EG – Enfermeiro Gestor

EUA – Estados Unidos da América

GE – Gestão em Enfermagem

GF – Grupo Focal

HaH – *Hospital at home*

HD – Hospitalização Domiciliária

HDP – Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria

HGO – Hospital Garcia de Orta

ICN – *International Council of Nurses*

NHS – *National Health Service*

NOC - Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PDCA - *Plan - Do - Check - Act*

PEST AL - Político, Económico, Social, Tecnológico, Ambiental, Legal

PHH - *Psychiatric Home Hospitalization*

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

QDAS - *Qualitative Data Analysis Software*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SLSM -Serviço Local de Saúde Mental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRQR - *Standards for Reporting Qualitative Research*

SWOT – *Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats*

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UHD - Unidades de Hospitalização Domiciliária

## RESUMO

O presente estudo aborda a temática sobre a implementação e o desenvolvimento da Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria (HDP), em Portugal, focando as perspetivas dos utentes, familiares e peritos. O objetivo é analisar o contributo destes grupos, as suas perceções e as potencialidades e fragilidades identificadas, além de identificar o impacto da Gestão em Enfermagem (GE) neste processo. A pesquisa é qualitativa exploratória-descritiva, com dados recolhidos através de grupos focais (GFs) e entrevistas semiestruturadas com 17 participantes: seis utentes, cinco familiares e seis peritos.

Foi realizada a análise de conteúdo dos dados colhidos, com apoio do *software* WebQDA®, que gerou quatro categorias principais: Modelo e Conceito; Vantagens e Desafios; Impacto Familiar; Gestão e Operacionalização. Foram triangulados os dados obtidos pelos três grupos de participantes, encontrando-se aspetos convergentes, divergentes e complementares. Foi aplicada a *Checklist* de Verificação COREQ. Nos resultados, destacam-se como benefícios da HDP, o conforto e a autonomia dos utentes, a recuperação mais humanizada e a redução do tempo de internamento. No entanto, surgiram preocupações, com o risco de retrocessos no tratamento, com a necessidade de apoio profissional contínuo e a adequação na formação especializada, além da definição de critérios rigorosos para a elegibilidade dos utentes. O papel da GE é considerado crucial, com o enfermeiro gestor a desempenhar funções centrais na coordenação e articulação destas equipas.

A implementação da HDP em Portugal requer investimentos em recursos humanos, infraestruturas, critérios claros de elegibilidade e apoio às famílias, além de monitorização contínua e avaliação rigorosa para garantir a segurança dos utentes e famílias, tal como a sustentabilidade deste modelo de organização de cuidados.

### **Palavras-Chave:**

Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria; Gestão em Enfermagem; Familiares; Pessoa com doença mental; Ferramenta de Gestão

## **ABSTRACT**

This study addresses the implementation and development of Psychiatric Home Hospitalization (PHH) in Portugal, focusing on the perspectives of patients, family members, and experts. The aim is to analyse the contributions of these groups, examining their perceptions, as well as the identified strengths and weaknesses, while also exploring the impact of Nursing Management (NM) in this process. The research follows a qualitative exploratory-descriptive approach, with data collected through focus groups (FGs) and semi-structured interviews involving 17 participants: six patients, five family members, and six experts.

A content analysis was conducted on the collected data, supported by the WebQDA® software, which generated four main categories: Model and Concept; Advantages and Challenges; Family Impact; and Management and Operationalisation. Data from the three participant groups were triangulated, revealing convergent, divergent, and complementary aspects. The COREQ Checklist was applied to verify data reliability. Results highlight key benefits of HHP, such as patient comfort and autonomy, more humanised recovery, and reduced hospitalization time. However, certain concerns emerged, including the risk of treatment setbacks, the need for ongoing professional support and specialised training, as well as the establishment of rigorous eligibility criteria for patients. The role of NM is considered essential, with the nurse manager playing a central role in the coordination and integration of these teams.

The implementation of HHP in Portugal requires investment in human resources, infrastructure, clear eligibility criteria, and family support, alongside continuous monitoring and rigorous evaluation to ensure the safety of patients and families, as well as the sustainability of this care model.

### **Keywords:**

Psychiatry Home Hospitalization; Nursing Management; Families; Person with Mental Illness; Management Tool

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>PARTE I</b> .....	16
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	16
1.1 Hospitalização Domiciliária .....	17
1.2 Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria .....	27
1.3 A Gestão em Enfermagem no desenvolvimento da Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria em Portugal .....	34
1.3.1 O Enfermeiro Gestor .....	40
1.3.2 Ferramentas de Apoio à Gestão em Enfermagem .....	43
<b>PARTE II</b> .....	46
<b>ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	46
2.1 Metodologia .....	47
2.1.1 Desenho do Estudo .....	48
2.1.2 Participantes .....	51
2.1.3 Colheita de Dados .....	54
2.1.4 Critérios de Qualidade .....	59
2.1.5 Análise de Dados .....	61
2.1.6 Procedimentos Éticos .....	66
2.2 Resultados do Estudo .....	70
2.2.1 Apresentação dos Resultados .....	70
2.2.2 Análise e Discussão dos Resultados .....	90
2.3 Implicações para a Gestão em Enfermagem .....	113
<b>CONCLUSÃO</b> .....	121
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	125
<b>ANEXOS</b> .....	<b>Volume 2</b>

Anexo I – *Checklist* COREQ

## **APÊNDICES.....Volume 2**

Apêndice I – *Scoping Review*

Apêndice II – Questionário Sociodemográfico - Peritos

Apêndice III – Guião de Entrevista – Utentes

Apêndice IV – Guião de Grupo Focal – Familiares

Apêndice V – Guião do Grupo Focal – Peritos

Apêndice VI – Consentimento Informado

Apêndice VII – Tabela de Unidades de Registo

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – <i>Categorias e Subcategorias decorrentes da Análise de Conteúdo</i> .....	73
Figura 2 – <i>Nuvem de Palavras: Entrevistas e Grupos Focais</i> .....	91
Figura 3 – <i>Síntese da Triangulação por Categorias</i> .....	110
Figura 4 – <i>Triangulação dos Dados</i> .....	111
Figura 5 – <i>Contributos dos Participantes do Estudo</i> .....	112
Figura 6 – <i>Análise PEST AL do Desenvolvimento da HDP em Portugal</i> .....	120

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – <i>Dados Sociodemográficos - Utentes</i> .....	71
Tabela 2 – <i>Dados Sociodemográficos - Familiares</i> .....	72
Tabela 3 – <i>Dados Sociodemográficos - Peritos</i> .....	72

## INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea enfrenta transformações constantes de natureza social e económica, que impactam significativamente o funcionamento das organizações, em particular no setor da saúde. A procura por modelos de prestação de cuidados mais eficientes e humanizados tem impulsionado a criação de novas abordagens assistenciais, adaptadas às necessidades das pessoas doentes e ao contexto em que se encontram. Em Portugal, a Hospitalização Domiciliária (HD) de cuidados gerais na área da Medicina Interna, foi introduzida em 2015 como uma alternativa ao modelo convencional de hospitalização, centrada no domicílio dos utentes que, apesar de necessitarem de cuidados especializados e intensivos, apresentam condições biológicas, psicológicas e sociais compatíveis com essa modalidade de assistência (DGS, 2018). Esta abordagem distingue-se pela sua capacidade de prestar cuidados altamente especializados em situações de agudização de doenças, diferenciando-se dos cuidados domiciliários tradicionais pela sua complexidade e intensidade.

A conceptualização da HD permite uma prestação de cuidados personalizada, centrada nas necessidades do utente, minimizando os riscos associados à hospitalização convencional, tais como infeções hospitalares ou complicações decorrentes de uma permanência prolongada em ambiente hospitalar (Delerue & Correia, 2018). Além disso, promove a reintegração precoce da pessoa no seu contexto comunitário, facilitando uma recuperação mais rápida através da colaboração entre os profissionais de saúde, o cuidador e a família. Contudo, a transição para o domicílio impõe desafios às equipas de saúde, particularmente às equipas de enfermagem, que devem adaptar a sua prática para manter o nível de cuidados hospitalares no ambiente domiciliário.

No domínio da saúde mental, a HD pode surgir como uma alternativa inovadora ao modelo convencional de cuidados, em linha com as políticas de desinstitucionalização que visam substituir o paradigma centrado nos hospitais psiquiátricos por uma abordagem comunitária (Xavier et al., 2021). A implementação destas políticas, apesar dos seus méritos, tem encontrado constrangimentos em Portugal, particularmente na sobrecarga dos internamentos hospitalares e na falta de respostas adequadas para a população com doença mental. No entanto, em países como o Reino Unido e Espanha, a

Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria (HDP) tem sido utilizada com sucesso, como uma alternativa à hospitalização convencional, promovendo uma intervenção contínua e próxima da pessoa com doença mental, no seu contexto familiar, enquanto reduz os internamentos e os custos hospitalares (Gimenez-Diéz et al. 2020, 2022; Jonhson et al. 2022; León-Caballero et al. 2020, 2022). Embora esta nova modalidade de cuidados ainda exija muita exploração e investigação, os estudos publicados até agora revelam bons resultados e eficácia nas intervenções (Lloyd-Evans et al., 2018, Morant et al., 2017).

Face a este enquadramento, o presente estudo tem como principal questão de partida:

**De que forma se pode contribuir para o desenvolvimento e implementação da Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria, em Portugal?**

Para responder a esta questão, foi necessário analisar as perspetivas e os contributos dos intervenientes (utentes, familiares e peritos), de forma a identificar e descrever fatores que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento da HDP em Portugal. Através desta análise, pretendeu-se obter uma visão abrangente sobre os desafios, as oportunidades, a operacionalização e a sustentabilidade para o sucesso que a HDP poderá apresentar no contexto da saúde mental em Portugal.

Esta dissertação está organizada em dois volumes. O primeiro volume, encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte que é dedicada ao enquadramento teórico, abordando questões teórico-científicas sobre a HD e a HDP e a sua estreita relação com o referencial teórico da GE, com o objetivo de identificar o contributo da GE no desenvolvimento da HDP em Portugal. A segunda parte é dedicada ao estudo empírico, explorando inicialmente a metodologia aplicada, a estratégia de recolha de dados e os procedimentos éticos que orientaram a pesquisa. Posteriormente são apresentados os resultados obtidos, o desenvolvimento da discussão sobre os dados obtidos através da triangulação das três dimensões em perspetiva (utentes, familiares, peritos), identificando-se os aspetos convergentes, divergentes e complementares. Finaliza-se com uma abordagem sobre as implicações para a prática da GE. Por último, a dissertação apresenta uma conclusão com considerações finais, seguidas das referências bibliográficas utilizadas durante o processo. No segundo volume encontram-se os anexos e os apêndices correspondentes aos identificados no volume 1. A metodologia de

apresentação segue as normas da APA, 7ª edição, bem como o Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023).

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

Nesta primeira parte, iniciar-se-á uma abordagem numa perspetiva macro, caminhando para uma perspetiva cada vez mais específica da temática em análise. O ponto de partida é uma breve descrição sobre a HD a nível internacional e em Portugal, bem como o contributo da enfermagem na HD. Segue-se a apresentação e descrição da HDP noutros países e o respetivo contributo da enfermagem, terminando com uma abordagem também sobre o contributo da Gestão em Enfermagem (GE) no desenvolvimento de uma HDP em Portugal, salientando-se o papel do Enfermeiro Gestor (EG) e recorrendo a ferramentas de apoio à GE.

## 1.1 Hospitalização Domiciliária

A HD teve início nos Estados Unidos da América (EUA) em 1945, com a iniciativa *Home Care* pelo Dr. Bluestone no Hospital Montefiore em Nova Iorque, logo após a Segunda Guerra Mundial, devido à lotação dos hospitais americanos, tornando-se necessário criar uma alternativa que permitisse o tratamento das pessoas doentes, a sua reabilitação e a criação de um ambiente psicológico mais favorável, de forma a aliar os benefícios para quem estava doente e as necessidades do sistema (Delereu & Correia, 2018).

Na Europa, a primeira unidade surgiu em França, em 1957, no *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris* (AP-HP), obtendo reconhecimento legal em dezembro de 1970. Durante a década de 1960, países como Suíça, Alemanha, Reino Unido e Canadá também aderiram a esta prática de cuidados de saúde (Delereu & Correia, 2018). Em Espanha, a primeira experiência ocorreu no Hospital Universitário Gregório Marañón em 1981. Em 1996, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS) coordenou e promoveu o desenvolvimento do Hospital para Cuidados de Saúde, também conhecido como Hospital em Casa, seguindo o modelo americano de *Home Care* (Delereu & Correia, 2018). Atualmente, as Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) modernas configuram-se como unidades de cuidados de saúde, ensino e investigação clínica baseadas no modelo *Hospital at Home* (HaH) (Chan, 2022).

A OMS inclui o HaH no conceito abrangente de cuidados domiciliários que define como prestação de serviços de saúde por cuidador formal ou informal, em casa, com a

finalidade de promover, restaurar ou manter o mais alto nível de conforto, conveniência e saúde, incluindo cuidados prestados para dignificar a morte (Alves, 2016).

Em Portugal, a primeira UHD foi criada no Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, em 2015. Cunha et al. (2017) destacaram as vantagens deste modelo de internamento, considerando-o uma alternativa viável à hospitalização convencional. No seu estudo, relataram que 281 utentes foram tratados, resultando numa poupança de 2531 dias de internamento convencional. Com o objetivo de aprimorar os serviços de saúde, promovendo a proximidade e humanização sem comprometer a qualidade, viabilidade e sustentabilidade, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) implementou estratégias de modernização focadas no cuidar em casa. Isto levou à deslocalização dos cuidados das instituições para o domicílio, adotando uma abordagem multidisciplinar e contínua, que inclui não apenas os cuidados de saúde, mas também o apoio aos cuidados pessoais e a coordenação com as respostas da comunidade (Delerue & Correia, 2018).

Nesse contexto, em 2018, foi regulamentado pelo Despacho n.º 9323-A/2018 a estratégia de implementação de UHD no SNS. Ainda no mesmo ano, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou a Norma de Orientação Clínica (NOC) nº 020/2018 referente à qualidade organizacional da HD em idade adulta. Esta tipologia de internamento surge caracterizada pela prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar no domicílio. Segundo a mesma NOC, a UHD procede à inclusão, admissão ou readmissão dos utentes no âmbito da HD, bem como à sua exclusão. Desta forma, os utentes elegíveis precisam de cumprir determinados critérios para admissão na HD (NOC 020/2018, n3, p. 2):

- Critérios clínicos – “diagnóstico clínico que requer internamento e que apresente estabilidade clínica de acordo com a *legis artis*, situação clínica transitória e comorbilidades controláveis no domicílio”;

- Critérios sociais – “existência de um cuidador que pode ser facultativo para o utente autónomo nas atividades de vida diária, domicílio com condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica do utente”;

- Critérios geográficos – “residência localizada numa distância que permita a deslocação em tempo útil da equipa de saúde em caso de agravamento da condição clínica (...)”

Serão excluídos os utentes, na presença de um ou mais dos seguintes critérios (NOC:02/2018, n4, p.2/3):

- Incumprimento de um ou mais critérios de admissão referidos acima;
- Pessoas com dependência de substâncias ilícitas ou alcoólica com consumos ativos;
- Uteses com ideação suicida, agitação psicomotora, psicose aguda e doenças com risco epidemiológico;
- Incapacidade mental, física ou emocional do utente ou do cuidador que condicione os cuidados e tratamentos necessários;
- Não ter um telefone no domicílio que permita contactar a equipa de saúde em caso de intercorrências.

A HD é assim um modelo de assistência hospitalar, de base comunitária, que oferece cuidados a pessoas doentes em fase aguda no seu próprio domicílio, desde que as suas condições bio-psico-sociais o permitam (Delerue & Correia, 2018). Este modelo baseia-se em cinco princípios fundamentais: aceitação voluntária pelo utente, igualdade de direitos e deveres do utente, qualidade equivalente na prestação de cuidados, rigor na admissão e no seguimento clínico dos utentes, e humanização dos serviços valorizando o papel da família (Cunha et al., 2017).

As patologias elegíveis para HD incluem desde doenças infecciosas agudas e patologias crónicas agudizadas até cuidados pós-operatórios e doenças progressivas incuráveis em fase terminal (Chan, 2022).

A rotina diária da HD pode variar entre as diferentes unidades, mas geralmente a equipa de saúde é composta por um médico e um enfermeiro que visitam os utentes diariamente nas suas próprias casas. Em alguns casos, pode ser necessária mais de uma visita por dia, por motivos como a administração de medicamentos com múltiplas doses diárias, reabilitação física ou ensinamentos aos utentes (Azevedo, 2020). Existem resultados do internamento em UHD que mostram altos índices de satisfação e baixas taxas de complicações e mortalidade (Azevedo, 2020), inclusive, na revisão de literatura de Leong et al. (2021), o modelo de HaH foi associado a resultados semelhantes ou melhores para a mortalidade e readmissões, para menor tempo de internamento hospitalar e altos níveis de satisfação dos utentes em comparação com o atendimento em ambiente de internamento hospitalar.

Em algumas destas unidades, estão disponíveis dispositivos de telemonitorização que facilitam a monitorização e vigilância dos utentes. Além disso, os utentes e os seus cuidadores têm acesso a um contacto telefónico direto com a equipa de saúde, que está disponível 24 horas por dia para esclarecer dúvidas ou responder a qualquer urgência/emergência. Quando necessário, a equipa de saúde pode deslocar-se ao domicílio, e se a situação exigir um nível mais elevado de vigilância, o utente pode ser novamente transportado para o hospital de referência. No domicílio, é possível realizar diversos exames de diagnóstico e procedimentos terapêuticos, e caso seja necessário realizar um exame ou procedimento que não possa ser feito em casa, ou o recurso a uma consulta com outras especialidades médicas que exija avaliação presencial, o utente é conduzido para o hospital de referência para esses procedimentos (Delerue & Correia, 2018), fazendo assim cumprir o pressuposto de qualidade equivalente no tratamento (hospitalar e domiciliário).

Este modelo de assistência hospitalar oferece uma abordagem personalizada, adaptada às necessidades individuais de cada utente no seu ambiente habitual. As vantagens da HD incluem ainda, a redução de infeções hospitalares, quedas, úlceras por pressão, episódios de síndrome confusional agudo, tempo de internamento, declínio funcional e nutricional, risco de sedentarismo, além de promover um maior envolvimento do utente e do cuidador no plano de cuidados e uma melhor adesão à terapêutica (Delerue & Correia, 2018; Chan, 2022). Estes benefícios contribuem para melhorar a qualidade do sono e aumentar a satisfação dos utentes devido ao maior conforto. Além disso, favorece uma maior disponibilidade dos profissionais de saúde para os utentes, maior envolvimento do utente e da sua família, mais educação para a saúde, melhor coordenação com os cuidados de saúde primários e maior satisfação dos profissionais de saúde (Cunha et al., 2017; Edgar et al., 2024; Levine et al., 2020).

É também reconhecida a importância do papel dos cuidadores, responsabilizando-os e capacitando-os para prestar cuidados não especializados com qualidade e segurança. Na HD, o cuidador é a pessoa designada pelo utente, ou seu representante legal, que pode ou não ser um familiar direto, e que garante a ligação entre o utente e os profissionais de saúde. Esta conexão direta entre a equipa de saúde, o utente e os cuidadores, fora do ambiente hospitalar, mas mantendo a segurança e qualidade dos

cuidados, reforça a humanização, melhora a compreensão da doença e oferece oportunidades únicas e personalizadas de educação e promoção da saúde (Chan, 2022).

Em Portugal, e de acordo com o modelo HaH, existem dois modelos distintos que podem ser implementados separadamente. Um substitui completamente a admissão dos utentes, referenciando-os diretamente do serviço de urgência e/ou da comunidade, enquanto o outro, visa reduzir o tempo de permanência hospitalar, recrutando os utentes das enfermarias após um período inicial de estabilização clínica (Delerue & Correia, 2018; Leong et al., 2021). Pese embora a existência desta distinção, é comum a adoção de um modelo misto, dependendo das necessidades tanto dos próprios utentes quanto da organização hospitalar.

Esta modalidade de internamento é frequentemente confundida com os cuidados continuados integrados no domicílio, que funcionam no âmbito dos cuidados de saúde primários. A principal diferença reside no facto de que a HD atende utentes em fase aguda, com patologias de elevada complexidade, mas que podem ser tratadas em casa. A articulação e cooperação contínua entre todos os profissionais são essenciais para esta modalidade de internamento em casa, sendo que o plano individual de cuidados é elaborado pela equipa multidisciplinar, com a partilha de informações clínicas e profissionais, garantindo todas as condições necessárias para o sucesso do tratamento do utente no seu domicílio (Ferreira, 2021).

Estudos recentes mostram resultados significativos em relação à HD:

- Levine et al. (2020), num estudo controlado e randomizado nos EUA, compararam os resultados da HD com o internamento hospitalar tradicional. Os resultados mostraram que o custo médio ajustado dos cuidados agudos foi 38% menor para utentes em HD. Comparados aos utentes internados em hospitais, os utentes em HD realizaram menos exames laboratoriais, estudos de imagem e consultas, apresentaram menor sedentarismo e tiveram menos readmissões em 30 dias.
- Egdar et al. (2024), numa meta-análise, avaliaram a eficácia e o custo do internamento domiciliário versus o internamento hospitalar convencional, concluindo que há poucas diferenças nos resultados de saúde, especialmente em utentes mais idosos. No entanto, a HD pode aumentar a satisfação do utente,

reduzir a necessidade de recursos adicionais após a alta e provavelmente diminuir os custos.

- Leff et al. (2022), utilizaram a abordagem da teoria fundamentada para identificar nove áreas de pesquisa futura sobre HD: 1) definição do modelo de cuidado; 2) modelo clínico; 3) resultados mensuráveis; 4) experiência do utente e do cuidador; 5) conhecimentos e experiência clínica; 6) tecnologia e telessaúde; 7) questões legais e custos; 8) implementação e expansão; e 9) questões éticas. Eles concluíram que focar nestes domínios melhorará o desenvolvimento da HD.

Estes estudos sublinham os benefícios da HD, tanto em termos de custos como de satisfação do utente, além de apontarem direções importantes para futuras pesquisas.

A pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19) foi um catalisador para a expansão da HD em vários países, incluindo Portugal. Durante este período, a urgência em desocupar camas hospitalares para utentes com COVID-19 e a preocupação com a possível transmissão do vírus nos hospitais aceleraram a implementação de programas de HD. Segundo Nortadas et al. (2021), a HD teve um papel vital na resposta à pandemia, possibilitando que os utentes recebessem os cuidados necessários nas suas próprias casas, libertando assim recursos hospitalares para focar no tratamento intensivo da COVID-19. A experiência em Portugal revelou que a HD pode ser uma estratégia flexível e eficaz em tempos de crise.

Apesar de a HD oferecer muitos benefícios, este modelo de organização de cuidados enfrenta ainda alguns desafios significativos. De acordo com o Relatório Primavera de 2022 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), fica claro que, embora os modelos de cuidados domiciliários geralmente recebam altos níveis de satisfação dos utentes, os resultados em saúde e os indicadores económicos mostram-se variáveis, carecendo de monitorização e avaliação rigorosa (Escoval et al., 2022).

Contudo, o futuro da HD parece ser promissor, com perspectivas de crescimento contínuo e avanços tecnológicos que podem aumentar ainda mais o alcance e a eficácia deste modelo. Além disso, há também uma necessidade crescente de políticas públicas que apoiem a HD, assim como de investimentos em infraestrutura e na formação de profissionais de saúde, para assegurar a qualidade dos cuidados prestados em casa.

## **Contribuições da Enfermagem em Hospitalização Domiciliária**

A HD tem-se apresentado como uma solução inovadora para a prestação de cuidados de saúde, proporcionando benefícios significativos tanto para os utentes quanto para as organizações de saúde. Assim, a enfermagem desempenha um papel crucial na implementação e no sucesso da HD, oferecendo cuidados especializados e apoio contínuo aos utentes (Vázquez et al., 2023).

Na HD, sendo uma equipa multidisciplinar, é fundamental compreender as intervenções de enfermagem e como estas ajudam os utentes durante o processo de transição saúde-doença. Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel vital ao assistir os utentes perante as diversas transições inerentes à experiência e resposta em situações de saúde-doença, ao longo do ciclo vital, promovendo o desenvolvimento de competências e capacidades necessárias para uma transição bem-sucedida (Meleis, 2016). Durante o internamento hospitalar, o processo de transição envolve várias mudanças, incluindo a transição saúde-doença e transições situacionais, muitas vezes ocorrendo de forma simultânea. Estas transições podem provocar uma sensação de desconexão entre o utente e o seu ambiente familiar, uma vez que o internamento implica uma separação física e emocional do quotidiano. Em contrapartida, a HD, atenua essa desconectividade situacional, permitindo ao utente permanecer no seu ambiente familiar. A HD também facilita a integração da família no processo de cuidados, posicionando-a como um elemento essencial no plano terapêutico. Esta proximidade ajuda a identificar e a compreender melhor as necessidades reais tanto do utente quanto da sua família, durante a transição, como destaca Mendes (2020).

É através do olhar da enfermagem que se observa a interação do utente e família, no seu ambiente, identificando-se as respetivas necessidades. O plano de cuidados é dirigido e atende à realidade deste binómio, potenciando o seu bem-estar. Trata-se de um cuidar personalizado, promovendo um processo dinâmico, um projeto de saúde individualizado, onde os vetores de ação são tanto o indivíduo no seu todo, quanto a sua família (Santos et al., 2021). A interação ocorre num espaço físico dedicado exclusivamente ao utente, a atenção do profissional é dirigida de forma singular e individualizada e não existem interrupções neste processo. Assim, procura-se contribuir para um hospital sem muros,

garantir mais e melhores acessos aos cuidados de saúde, reduzir as complicações inerentes ao internamento hospitalar convencional, criar um entorno psicológico mais favorável ao utente durante o período de tratamento, e valorizar o papel da família/cuidador, prevenindo situações de rejeição, de abandono e de institucionalização (Chan, 2022).

A confiança nos enfermeiros que prestam cuidados, o ajuste à realidade das pessoas, o esclarecimento de dúvidas e a compreensão dos processos de transição, são parâmetros facilitadores para a gestão do regime terapêutico e para o alcance dos resultados esperados (Santos et al., 2021).

Em 2003, Duke & Street (2003), numa revisão da literatura, descrevem uma enfermagem preocupada com o seu posicionamento no domicílio dos utentes, recorrendo a ensinamentos, a estruturas das dinâmicas e esquematização de procedimentos adaptados ao contexto real.

Também a complexidade do regime medicamentoso é um fator essencial no processo da continuidade dos cuidados. Os enfermeiros garantem esta continuidade, assegurando que os planos de tratamento são seguidos rigorosamente mesmo após a alta hospitalar, promovendo uma integração de cuidados. Isto é particularmente importante para utentes com doenças crónicas que necessitam de acompanhamento constante para a gestão eficaz dos sintomas e para a melhoria da qualidade de vida.

Para sustentar o âmbito da intervenção de enfermagem, e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), as intervenções de enfermagem dividem-se em duas subcategorias: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas de enfermagem englobam as ações realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, assentando em contributos da investigação em enfermagem (REPE, 1996, Cap. IV, art.9º).

Assim, existe o âmbito de intervenção para intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com a HD, que se focam no autocuidado, na capacitação dos utentes e na promoção da literacia em saúde. Em 2011, o *International Council of Nurses* (ICN) definiu autocuidado como uma atividade realizada pelo próprio indivíduo, permitindo-lhe manter-se funcional e capaz de atender às suas necessidades básicas e

atividades diárias. Em situações de mudança na condição de saúde ou no ambiente, especialmente em casos de doenças crónicas, a capacidade de autocuidado do utente pode ser comprometida, tornando-o incapaz de cuidar de si mesmo. Nestas situações, são necessários agentes de autocuidado, e o enfermeiro, visa a autonomia e independência do utente, sem descurar o princípio de que o utente é responsável pela sua saúde e pela execução das atividades de autocuidado (Santos et al., 2021).

Desta forma, a promoção do autocuidado inclui um conjunto de intervenções destinadas a capacitar os utentes a realizarem de forma autónoma as atividades essenciais para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Os enfermeiros devem então valorizar os processos informais de aprendizagem ao ajudar os utentes a melhorar a literacia em saúde, pois quando é aprimorada, as pessoas ficam mais aptas a assumir a responsabilidade pelos seus comportamentos e pela autogestão de sua saúde, resultando numa melhor qualidade de vida e ganhos em saúde (Santos et al., 2021).

Por outro lado, as intervenções interdependentes de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, de acordo com planos de ação previamente definidos com o objetivo principal de melhorar o bem-estar das pessoas (Regulamento n.º 613/2022). Também a comunicação clara, eficaz e contínua entre os membros da equipa de saúde é fundamental para a implementação bem-sucedida de intervenções interdependentes, bem como para a redução da probabilidade de erro ou incidentes, mantendo a segurança do utente. Reuniões regulares e o uso de sistemas de informação comuns, ajudam a manter todos os membros da equipa informados sobre o progresso e as necessidades dos utentes (Santos et al. 2021).

Embora exista uma escassez de literatura que sustente de forma robusta o papel da enfermagem na HD, entende-se que o seu papel é muito relevante para a implementação e para o sucesso deste modelo de organização de cuidados, oferecendo cuidados seguros, diferenciados, de educação para a saúde e de apoio contínuo aos utentes.

Assim, a HD é uma realidade em crescente no país, com o número de utentes admitidos a aumentar, gerando a necessidade de alargar o leque de patologias

abordadas, nomeadamente na área da Psiquiatria e da Saúde Mental, tornando-se desta forma um passo inovador para o futuro da Saúde em Portugal.

## 1.2 Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria

Como se entende, a HD enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, sendo hoje possível estabelecer a hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde, com a concordância do utente e da sua família. É neste alinhamento que a HDP se posiciona, num movimento de ampliação dos cuidados comunitários, minimizando a hospitalização usual, tal como é hoje conhecida.

À semelhança de outros países, também em Portugal, a HDP poderá constituir-se como uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, com assistência contínua, que permita reduzir complicações, custos de internamento, traumas e estigmas em relação à doença mental, reforçando a humanização dos cuidados aos utentes, às famílias e aos profissionais, garantindo os afetos próprios do ambiente familiar (Wheeler et al., 2015; Morant et al., 2017; Cornelis et al. 2018; León-Caballero et al. 2020; Mötelli et al., 2021), além de permitir gerir de forma mais eficiente as camas disponíveis para o tratamento de utentes com doença aguda no SNS.

Apesar do aumento da sensibilização sobre saúde mental nos media e redes sociais, particularmente no decorrer da pandemia COVID-19, o internamento psiquiátrico permaneceu marginalizado e estigmatizado com implicações discriminatórias para algumas pessoas, aquando do retorno ao seu quotidiano depois de terem estado internadas (Tomás & Rebelo, 2022).

Sabe-se que a hospitalização pode causar sentimentos de desestruturação devido ao distanciamento físico dos espaços familiares e habituais, e ao regime medicamentoso, cujos efeitos iatrogénicos podem impedir de concretizar a vida em pleno (Niimura et al., 2016; Tomás & Rebelo, 2022).

A literatura descreve o retorno a casa e à vida diária, após a alta psiquiátrica, como um processo difícil e complexo (Tomás et al., 2021; Mutschler et al., 2019). A pessoa tem de lidar com a sobrecarga simbólica do internamento em psiquiatria, que não só projeta a sua incapacidade de permanecer na comunidade, fragilizando a sua noção de autonomia e de autoeficácia, mas também enfrenta o estigma e a discriminação, ainda

presentes na sociedade, resultantes do internamento em psiquiatria e do diagnóstico de doença mental (Tomás et al., 2021).

Segundo Xavier et al. (2024), os cuidados de saúde mental em Portugal têm sido predominantemente centrados nos hospitais, o que resulta numa discrepância entre as necessidades dos cidadãos e os cuidados oferecidos pelos serviços de saúde. Enquanto isso, outras áreas da Medicina têm-se movido em direção oposta, com a descentralização e a HD a ganhar destaque nos últimos anos. A OMS, na sua avaliação de 2011, já havia destacado que o sistema de gestão dos serviços de saúde mental em Portugal cria muitos obstáculos para o desenvolvimento de serviços comunitários, perpetuando a dependência do internamento e desincentivando a continuidade dos cuidados na comunidade (OMS, 2011).

Acresce o facto de existirem resultados negativos da hospitalização usual em serviços de psiquiatria que devem ser considerados, tais como: o reinternamento, o suicídio, o risco de agressão, o estigma da doença mental e a diminuição do autocontrolo sobre as suas vidas (Loch, 2014), especialmente quando há história de várias admissões ou internamentos de longa duração (Birken & Harper, 2017; Owen-Smith et al., 2014).

Para mitigar este problema, surgiram em Inglaterra, as primeiras equipas de *Crisis Resolution and Home Treatment Teams in Mental Health* (CRHTT) como alternativa ao internamento em serviços de psiquiatria hospitalares. Estas equipas desenvolveram-se inicialmente em meados dos anos 90 e foram implementadas através de políticas de saúde desenvolvidas no *National Health Service* (NHS) (Wheeler et al., 2015). Posteriormente verificou-se uma disseminação destas equipas em diversos países como: EUA, Austrália, Noruega, Bélgica, Alemanha, Espanha, Canadá e República da Irlanda (Holgersen et al., 2022; Johnson et al., 2008, 2022; Morant et al., 2017). Estes países publicaram estudos sobre a forma como implementaram as CRHTT relatando uma redução de internamentos hospitalares e de custos no tratamento, bem como níveis mais elevados de satisfação por parte das pessoas que tiveram acesso a este tipo de serviço, em comparação com aquelas que tiveram os cuidados hospitalares habituais (Morant et al., 2017).

As CRHTT surgem como uma forma de fornecer cuidados intensivos de saúde mental a pessoas que vivenciam um episódio agudo de doença mental, que necessitariam de internamento hospitalar, mas que passam a receber tratamento em casa (Lloyd-Evans et

al., 2018; Johnson et al. 2008, 2022). Isto responde, em Portugal, aos princípios gerais de política de saúde mental, descrita na Lei de Saúde Mental (Lei nº 35/2023), no Artigo 4º que refere

b) A prestação de cuidados de saúde mental no ambiente menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso; c) A prestação de cuidados de saúde mental assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma integrada e coordenada, às diferentes necessidades de cuidado das pessoas; (p.3)

e ao Artigo 7º, referente aos direitos e deveres no geral, “b) Aceder a cuidados de saúde integrais e integrados de qualidade, desde a prevenção à reabilitação, que incluam respostas aos vários problemas de saúde da pessoa, adequadas ao seu enquadramento familiar e social” (p.4), objetivado no exercício de “atribuir total centralidade ao cidadão, na medida em que este é o responsável pela sua saúde e pelo processo decisório que é *geri-la*” (Lopes, 2021, p.31).

As equipas de HDP procuram a possibilidade de oferecer outra modalidade terapêutica às pessoas em fase aguda de doença mental através de uma abordagem terapêutica intensiva no domicílio, que em Portugal, ainda consiste exclusivamente no internamento hospitalar. Além de fornecer tratamento domiciliário (geralmente diário), as CRHTT fornecem uma avaliação rápida e a possibilidade de facilitar a alta/transferência precoce do hospital para o domicílio (Johnson, 2013). Desta forma, as recomendações sobre o funcionamento e a estrutura das unidades incluem: cobertura 24 horas por dia (presencial e chamada), incluindo acesso a um psiquiatra, visitas domiciliárias uma vez por dia, acesso a uma resposta multidisciplinar com formação de alta qualidade dos profissionais de saúde, número limitado de diferentes profissionais visitantes e capacidade de fornecer intervenções de enfermagem, médicas, psicológicas e sociais (Wheeler *et al.*, 2015).

Estas equipas, ao introduzirem uma nova abordagem nos cuidados de saúde mental, oferecem oportunidades significativas ao avaliar o indivíduo no contexto do seu ambiente, proporcionando flexibilidade no cuidado e respeitando a sua singularidade e autonomia. Contudo, também apresentam desafios, uma vez que podem gerar tensões, exigindo supervisão adequada, políticas bem definidas e procedimentos claros, levando em consideração as implicações para a segurança dos utentes (Vázquez et al., 2023).

Estudos recentes fornecem dados sobre a melhoria da sintomatologia e da funcionalidade em pessoas com doença mental grave durante um episódio agudo, demonstrando que as equipas de HDP se constituem uma alternativa eficaz à admissão hospitalar (Cervello et al., 2019; Johnson et al., 2022). Também Garriga et al. (2020), consideram que as equipas de HDP demonstraram que as intervenções são de grande utilidade na redução de internamentos hospitalares em Psiquiatria, para pessoas adultas com doenças mentais moderadas e graves, bem como na redução do risco de hospitalização psiquiátrica de adolescentes.

Destacam-se, da evidência internacional, as vantagens de abordagens inovadoras para reduzir tratamentos coercivos, abordar traumas e diversificar tratamentos, bem como equipas de profissionais especializadas, assegurando uma tomada de decisão mais colaborativa e cuidados integrados (Johnson et al., 2022). No caso particular da HDP, evidenciam-se as vantagens, no importante papel que lhes é atribuído no *empowerment* dos utentes e familiares nas decisões de tratamento, melhorando a relação com os serviços e potenciando o envolvimento futuro no plano de tratamento, os quais são determinantes para a manutenção da doença a longo prazo e na manutenção do risco de recaída e deterioração (Johnson et al., 2022).

Por último, interessa referir que um estudo em Espanha, sobre a sobrecarga familiar e satisfação dos utentes, nesta modalidade de internamento domiciliário em psiquiatria, inerente a um novo paradigma de prestação de cuidados de saúde, revelou que a sobrecarga percebida pelos principais cuidadores que atuam como (co)terapeutas durante o acompanhamento domiciliário intensivo é leve, encontrando-se, tanto os familiares como os utentes satisfeitos com os cuidados recebidos durante o acompanhamento (León-Caballero et al., 2022).

Desta forma, o presente estudo poderá contribuir significativamente para a discussão sobre as melhores práticas nos cuidados agudos em psiquiatria no país, permitindo a integração de abordagens para o tratamento voluntário de crises em contextos comunitários, que são mais flexíveis e personalizados.

## **Intervenções de Enfermagem na hospitalização Domiciliária em Psiquiatria**

Recentemente, diversas pesquisas confirmam a efetividade da HD como modelo de cuidados (Morant et al. 2017; Motteli et al. 2020; Caballero et al. 2020; Cornelis et al. 2022). No entanto, ainda há um número limitado de estudos focados na prestação de cuidados de enfermagem neste contexto, especialmente sobre as experiências, responsabilidades e intervenções dos enfermeiros. Neste sentido, foi realizado um estudo de síntese de evidência, uma revisão *Scoping*, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa ao papel dos enfermeiros de saúde mental na HDP (Apêndice I – *Scoping Review*). Este estudo contribuiu de forma basilar na organização do conhecimento e da compreensão sobre as práticas de enfermagem em contexto de HDP, contudo, existe uma lacuna significativa no conhecimento existente, uma vez que não há revisões sistemáticas disponíveis e apenas cinco artigos foram encontrados (três artigos de Espanha e dois artigos do Reino Unido). Nestes artigos foram identificadas cinco dimensões da enfermagem: a Satisfação, Modelo de Cuidados, Relação Terapêutica, Ambiente de Cuidados e Organização dos Cuidados. Além disso, ao fornecer uma síntese das intervenções de enfermagem e refletir sobre a mudança de paradigma dos cuidados, a revisão oferece uma base sólida para a implementação de práticas baseadas em evidências.

A ação de enfermagem emerge como multidimensional e complexa, com a missão de facilitar e promover a saúde, dignidade e autodeterminação dos utentes (Giménez-Díez et al., 2022). Neste sentido, e tendo em conta esta ação, criam-se sinergias com o modelo de cuidados em HDP, adaptado e pensado como um modelo de orientação centrado na pessoa e dirigido para o contexto real e para a recuperação, com responsabilidades partilhadas, flexibilidade dos profissionais e trabalho colaborativo (Giménez-Díez et al., 2020, 2022; Taylor et al., 2023; Vázquez et al., 2023). O modelo de orientação centrado na pessoa garante que os direitos da pessoa, independentemente da sua idade e funcionalidade, sejam respeitados, considerando a pessoa no centro do processo de cuidados, no qual é prestado um cuidado personalizado, com impactos positivos para os utentes e seus familiares (Lopes et al., 2023).

No que diz respeito à relação terapêutica, coloca-se como imprescindível e radicada no humanismo, com base de compreensão holística, centrada no diálogo, na relação honesta, na empatia, na escuta ativa e na ausência de juízos críticos ou julgamentos. É transversalmente definida como uma abordagem terapêutica flexível, disponível, baseada na aliança terapêutica, na progressão relacional e no otimismo terapêutico, sendo a tomada de decisão partilhada entre profissionais, utentes e familiares (Begum & Riordan, 2016; Giménez-Díez et al., 2020, 2022; Taylor et al., 2023; Vázquez et al., 2023).

Sobre o ambiente específico de cuidados, a HDP é definida como sendo menos invasiva, menos restritiva, menos traumatizante e menos adversa, constituindo-se um espaço alternativo e único de prestação de cuidados. É também um ambiente que tende a reduzir e ultrapassar o estigma social da doença mental, alicerçado numa abordagem móvel, confiante e promotora de autonomia, dignidade e autodeterminação (Begum & Riordan, 2016; Giménez-Díez et al., 2022).

Do ponto de vista da organização dos cuidados, a HDP está relacionada com a fluidez de coordenação com serviços de referência, a necessária continuidade de cuidados e a realização de planos de cuidados integrados e individualizados, adaptados às atividades de vida diárias, respeitando as rotinas, hábitos e locais onde o utente está inserido. Os enfermeiros desempenham um papel central nesse contexto, proporcionando cuidados multidimensionais que transcendem o tratamento médico, ao promover o autocuidado, a capacitar os utentes a gerir a sua condição, a monitorizar continuamente sinais e sintomas da doença, a intervir de forma precoce e a oferecer suporte psicológico e emocional, ajudam tanto os utentes como as suas famílias a enfrentar os desafios da doença mental (Giménez-Díez et al., 2020, 2022). Além disso, coordenam os cuidados ao colaborar com outros profissionais de saúde no desenvolvimento de planos de cuidados integrados e personalizados, garantindo uma abordagem holística e eficaz, e realizando intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão da medicação, promoção e educação para a saúde e capacitação para lidar com as repercussões da experiência de doença mental (Vázquez et al., 2023; Giménez-Díez et al., 2022).

Assim, para o desenvolvimento destas unidades, é crucial garantir que práticas de enfermagem eficazes sejam implementadas e que a equipa envolvida na HDP possua confiança e competências adequadas para atender às necessidades dos utentes.

Compreender as experiências e perspetivas dos enfermeiros pode transformar os paradigmas de enfermagem em saúde mental, movendo-se de modelos biomédicos para abordagens mais holísticas e baseadas na recuperação (Giménez-Díez et al., 2022). Este conhecimento é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados em ambientes de saúde mental, orientando práticas de enfermagem mais eficazes e centradas no utente. Além disso, a satisfação dos enfermeiros em relação aos cuidados que prestam tende a impactar positivamente a qualidade do atendimento, beneficiando diretamente os utentes (Giménez-Díez et al., 2020). A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é, por sua vez, essencial para avaliar a eficácia e a qualidade do serviço de saúde, refletindo diretamente a avaliação do atendimento recebido (Donabedian, 2005; Giménez-Díez et al., 2020).

Apesar da escassez de literatura específica sobre o papel da enfermagem na HDP, é evidente, nos estudos já realizados, a relevância e importância do trabalho dos enfermeiros para o sucesso terapêutico, estabelecimento de relações de confiança, de capacitação e de recuperação dos utentes e suas famílias. Adicionalmente, contribuem também para a visibilidade e reconhecimento da profissão, através da forma como estruturam e organizam os cuidados e as intervenções neste contexto.

### 1.3 A Gestão em Enfermagem no desenvolvimento da Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria em Portugal

Para desenvolver o modelo de organização de cuidados da HDP, importa que a gestão seja enquadrada nas necessidades da equipa e da comunidade. Para dar resposta a este desígnio, a GE concentra-se na administração, liderança e coordenação de serviços de enfermagem para garantir cuidados de alta qualidade aos utentes. Segundo Marquis & Huston (2017), trata-se de um processo de coordenação e organização dos recursos disponíveis na área de enfermagem, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros, com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de alta qualidade e eficiência aos utentes. Isto envolve a elaboração de planos estratégicos, a organização, a liderança, o controlo e a avaliação das atividades de enfermagem, a fim de atingir as metas estabelecidas pela organização. Portanto, a GE pode ser considerada como um campo multifacetado que abrange diversos aspetos administrativos e clínicos, visando fornecer cuidados de alta qualidade aos utentes e promover um ambiente de trabalho positivo e eficiente para os profissionais de enfermagem.

No que diz respeito às bases conceptuais do campo da GE, identificam-se algumas que se encontram em relação com o desenvolvimento e implementação de novos e inovadores serviços na área da saúde mental, como a HDP e que conseguem dar suporte e maior sustentabilidade, a esta área, em Portugal, nomeadamente:

- **Planeamento Estratégico** – Processo contínuo, sistemático, organizado e capaz de prever o futuro, de maneira a tomar decisões que minimizem os riscos. Trata-se de um conjunto de ferramentas que, seguido de planeamento tático e operacional, é fundamental para o sucesso de uma organização (Lima, 2018). Assim, é fundamental para a implementação de novos serviços de enfermagem, nomeadamente na HDP, pois envolve a definição de objetivos, estratégias e ações para atingir metas específicas, garantindo que os recursos sejam alocados de maneira eficiente, atendendo às necessidades específicas dos utentes e das famílias (Porter, 1985);
- **Liderança (Transformacional)** - Conjunto de práticas que vão além da simples supervisão, promovendo um ambiente onde a liderança é inspiradora, inovadora

e centrada nas pessoas. Possui líderes que fomentam a inovação e a mudança, encorajando a equipa a adotar novas práticas e a melhorar continuamente, inspirando e motivando as equipas, tendo conseqüentemente um papel vital na criação de uma cultura organizacional de HDP. Mais do que incentivar ao pensamento crítico, fomentam um ambiente transformador de constante aprendizagem, propício ao desenvolvimento de soluções inovadoras e à evolução constante da organização (Fernandes, 2024);

- **Gestão da Qualidade** – Baseada e focada na melhoria contínua dos processos e na satisfação dos utentes, sendo um referencial crucial para a implementação de serviços, pois promove a avaliação constante e a melhoria dos cuidados prestados. A gestão da qualidade envolve todos os níveis da organização e incentiva a participação ativa dos profissionais de enfermagem na identificação e na resolução de problemas. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE,2001) estabeleceu através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), seis enunciados descritivos: a satisfação dos utentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados. Estes enunciados são fundamentais para esclarecer o papel dos enfermeiros junto dos utentes, outros profissionais e no contexto das políticas de saúde, uma vez que a necessidade crescente de responsabilização no sistema de saúde, as mudanças constantes nas organizações e a criação de valor e financiamento, realçam a importância de uma avaliação precisa dos cuidados de enfermagem. Para isso, é necessário avaliar as estruturas, os processos e os resultados da prática de enfermagem, conforme o modelo de avaliação da qualidade de cuidados de Donabedian (2003) e Mitchell & Lang (2004) que sustentam o *core* de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica (2023). Estes são os indicadores que possibilitam a avaliação da qualidade: os ganhos em saúde, a identificação de oportunidades de melhoria e as tomadas de decisão seguras e fundamentadas; serão estes os alicerces para a implementação de sucesso da HDP;
- **Gestão de Recursos Humanos** - Atividade administrativa de gestão, essencial para viabilizar as práticas de enfermagem. Em organizações modernas, as pessoas são o mais importante aporte organizacional, capazes de tomar decisões e

detentoras de conhecimentos, capacidades e atitudes que influenciam o sucesso organizacional perante as mudanças (Chiavenato, 2009). A gestão de recursos humanos é essencial para garantir que a equipa de enfermagem da HDP esteja devidamente treinada e preparada para a implementação de um novo modelo de organização de cuidados, bem como no recrutamento, seleção, formação e desenvolvimento contínuo dos enfermeiros. Assim, assegura-se que a equipa tenha as competências necessárias para promover cuidados de alta qualidade, especialmente no ambiente domiciliário na área da saúde mental;

- **Gestão Financeira** – Processo de elaboração de orçamentos, controlo de custos e análise de viabilidade financeira, garantindo que os serviços de hospitalização domiciliária sejam economicamente viáveis e sustentáveis a longo prazo. A gestão e controlo financeiro são fundamentais para a alocação eficiente de recursos e para a sustentabilidade dos novos serviços. O *Nursing Leadership Institute*, nos EUA, desenvolveu um modelo de competências para enfermeiros gestores, que inclui a gestão financeira como área abrangente das competências individuais, com a equipa e com a organização (Cunha & Ximenes Neto, 2006). Os enfermeiros gestores são responsáveis pela liderança da equipa de enfermagem e pela gestão de recursos, nomeadamente financeiros, necessários para a prestação de cuidados;
- **Gestão de Projetos** – Atividade que fornece uma estrutura para planear, executar e monitorizar a implementação de novos serviços, incluindo a definição de objetivos, cronogramas, gestão de recursos e gestão de riscos. Assegura que a implementação seja realizada de maneira organizada, cumprindo os compromissos definidos. Na HDP, a gestão de projetos garante que os objetivos sejam alcançados de forma eficiente, sendo o exemplo do ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), o que melhor se adapta às necessidades específicas de projetos de enfermagem (Salvada, 2018). As etapas definidas deste ciclo são: Identificar e descrever o problema; compreender e dimensionar o problema; formular objetivos iniciais; identificar as causas; planear e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, padronizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso. Este ciclo é sustentado pelas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos

Cuidados de Enfermagem, elaborado pela OE (2012). A metodologia do ciclo PDCA promove e evidencia melhorias contínuas nos processos de enfermagem, baseadas na evidência científica mais recente, demonstrando através de indicadores de estrutura, de processo e de resultado, os benefícios significativos para a saúde dos utentes (Donabedian, 2005);

- **Gestão da Tecnologia e Comunicação** – As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são consideradas pilares fundamentais para o sucesso das organizações, pois permitem a operacionalização de processos e o acesso facilitado a diversas fontes de dados, sendo extremamente úteis na realização de atividades de gestão (Vaz & Silva, 2022). No contexto da gestão em saúde, as TIC influenciam diretamente a eficiência, eficácia e segurança dos cuidados prestados, devendo o EG adotar uma postura proativa no uso das tecnologias disponíveis e garantir que o progresso tecnológico resulte em melhorias significativas nos processos de trabalho dos enfermeiros, na excelência dos cuidados e no aumento da segurança e qualidade de vida de colaboradores e utentes (Vaz & Silva, 2022). As TIC permitem ainda aos enfermeiros gestores tomar decisões de forma mais célere e objetiva, melhorando a qualidade dos serviços prestados e reduzindo custos, o que contribui para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Assim, o EG deve compreender o impacto das TIC na saúde e dominar a sua utilização para otimizar os processos de gestão, sendo importante integrar as novas tecnologias que podem facilitar a HDP, como os sistemas de telemedicina e a monitorização remota;
- **Gestão da Criatividade e Inovação** – O comportamento inovador foi reconhecido como um comportamento extrafuncional, ou seja, algo além das responsabilidades normais do trabalho, no entanto, atualmente, é visto como parte integrante do desempenho, pois tornou-se uma prática nas atividades diárias. Existem evidências que destacam a importância do comportamento inovador para o sucesso das organizações (Long et al., 2020), sendo descrito como o processo pelo qual os enfermeiros geram novas ideias, desenvolvem novos métodos, tecnologias e serviços, e os aplicam na sua atividade diária, para promover a saúde, prevenir doenças e melhorar a qualidade do atendimento (Lv et al. 2022). Na enfermagem, o comportamento inovador não se limita apenas à

inovação tecnológica, mas sim abrange todos os aspetos do desenvolvimento do trabalho de enfermagem, incluindo inovação em gestão, serviços, educação, saúde pública e políticas. A priorização da inovação liderada por enfermeiros sinaliza uma vontade de investir nas pessoas e nas suas ideias, e um foco organizacional em torno do crescimento e da excelência. Assim, adotar comportamentos inovadores pode impulsionar áreas emergentes da ciência, prática e soluções de força de trabalho da enfermagem (Beaudet, 2024).

Estes conceitos ajudam a garantir que os serviços como a HDP sejam implementados de forma eficaz, eficiente e sustentável, proporcionando cuidados de alta qualidade aos utentes.

Interessa ainda referir alguns aspetos sobre a GE no desenvolvimento da HDP em Portugal, uma vez que a HD (geral – área da medicina interna) está amplamente implementada e disseminada em várias organizações e instituições hospitalares portuguesas, evidenciando a capacidade de adaptar os cuidados ao ambiente domiciliário. Neste sentido, no âmbito da Psiquiatria, a integração do domicílio como *setting* de cuidados, garante um ajuste realista às condições em que a pessoa vive, onde terá de concretizar a sua recuperação da fase aguda de doença mental, o que por si só equivale a um processo integrativo e centrado na pessoa e no seu cuidador familiar.

A prática de enfermagem em contextos de HDP é caracterizada na literatura internacional, por ser um ambiente mais intimista e personalizado, pois a equipa de enfermagem atua diretamente na casa dos utentes, o que permite um contato mais próximo e individualizado, visando proporcionar um espaço acolhedor e seguro, caracterizado por uma abordagem mais personalizada e integrada, promovendo também cuidados de saúde mental de qualidade (Giménez-Díez et al. 2022). Esta prática engloba competências, conhecimentos, capacidades e atributos integrados nos enfermeiros, de forma segura e ética. Estas características, para além de incluírem as atitudes, valores e crenças, compreendem a prevenção de doenças, a reabilitação/readaptação, a restauração da saúde e a sua proteção e promoção, de forma a melhor gerir os problemas identificados ou outros potenciais (Lopes, 2021). Assim, a organização de cuidados de saúde eficaz é aquela que equilibra as relações entre os recursos humanos,

os processos de enfermagem e as necessidades dos utentes com as limitações da singularidade do seu ambiente. A gestão eficaz da enfermagem requer indivíduos que compreendam a contribuição única da enfermagem no sistema e não apenas respondam às necessidades do ambiente, mas também sejam ativos na sua formação (Biron et al., 2007)

Destaca-se ainda a importância de dois conceitos chave na GE para o desenvolvimento da HDP em Portugal, relacionados com o Ambiente da Prática de Enfermagem (APE) e a Satisfação.

Sobre o APE, Lake (2002) definiu-o como sendo um ambiente capaz de reunir um conjunto de características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros. O APE está relacionado com a satisfação profissional, com a qualidade dos cuidados de enfermagem, com a segurança do utente e, ainda, com a efetividade dos cuidados aos utentes (Anunciada & Lucas, 2021). Um APE favorável, onde os enfermeiros possuem autonomia, controlo sobre o ambiente e boas relações com a equipa multidisciplinar, resulta em importantes impactos nos resultados dos utentes e dos enfermeiros, como por exemplo, menores níveis de *burnout*, aumento de produtividade, maior satisfação profissional e melhores resultados para os utentes no que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem e à segurança dos utentes (Baumann, 2007).

Sobre a satisfação, a satisfação dos utentes é um indicador fundamental para melhorar os cuidados prestados e a qualidade dos serviços de saúde, sendo essencial como medida de avaliação dos resultados, até porque com o aumento da informação e das exigências, os cidadãos esperam altos padrões de qualidade e satisfação. No entanto, medir a satisfação com cuidados de saúde é complexo, pois é um conceito multidimensional que envolve fatores individuais, experiências anteriores, expectativas dos utentes, e aspetos como acessibilidade, organização e a interação entre utente e profissional (Lobo et al., 2013). Também Donabedian (2005), referiu que a satisfação com um serviço de saúde reflete a sua eficácia e a sua qualidade, sendo que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é considerada fundamental para avaliar a qualidade dos cuidados (Pat-Pech & Soto-Morales, 2017). Sabe-se que utentes satisfeitos

têm maior taxa de adesão terapêutica (Welch, 2010) e melhores processos de recuperação (Holikatti et al., 2012).

Por outro lado, Silva & Potra (2021) reforçam que a satisfação no trabalho é uma variável importante no comportamento organizacional, pois melhora o funcionamento das organizações e serve como um importante indicador de gestão, devido ao seu impacto direto no desempenho. Ela está intimamente ligada à saúde mental dos trabalhadores, e níveis mais altos de satisfação reduzem a incidência de *burnout*, o que, por sua vez, eleva a qualidade do atendimento. Manter enfermeiros satisfeitos é fundamental para garantir cuidados de alta qualidade.

Assim, estas dimensões da GE tornam-se essenciais para promover a melhoria contínua dos cuidados especializados e servem como referencial para a reflexão sobre as práticas de enfermagem. Elas ganham ainda mais relevância, pois agregam competências específicas que inspiram mudanças nos contextos de trabalho, promovendo melhorias significativas no ambiente das práticas e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, funcionando como motor para a implementação de novos serviços, neste caso a HDP.

### **1.3.1 O Enfermeiro Gestor**

Na GE, o EG desempenha um papel crucial como líder da equipa, guiando-a conforme a missão, valores e objetivos da organização, com o foco constante na qualidade dos cuidados prestados. O desafio é desenvolver estratégias que promovam a eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados, avaliando as necessidades de todos os envolvidos para garantir a satisfação tanto dos utentes quanto dos profissionais (Rocha et al., 2016).

O EG tem um papel essencial na gestão em três níveis: operacional, tático e estratégico (Regulamento nº76/2018). A importância deste papel foi reconhecida pela OE, que aprovou o Regulamento do Perfil de Competências do EG em 2015 para garantir a qualidade do exercício profissional. Este regulamento define que as competências do EG permitem o desenvolvimento tanto individual quanto funcional, motivando os

profissionais a alcançar resultados, promovendo o crescimento profissional e otimizando recursos. Além disso, o EG deve envolver novos líderes na organização, avaliar o desempenho, fomentar um *feedback* contínuo e implementar estratégias de reconhecimento e recompensa (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015). A GE é vista, portanto, como uma estratégia fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde.

Reconhecendo a relevância que assumem os enfermeiros em funções de gestão no âmbito do SNS, em termos de organização e funcionamento dos serviços, impôs-se, reestruturar a carreira de enfermagem, através do Decreto de Lei (DL) nº 71/2019, onde são introduzidas alterações relevantes, nomeadamente a criação de uma terceira categoria, na carreira de enfermagem – a de EG, em substituição do enfermeiro-chefe, prevista da Carreira anterior.

São estes os enfermeiros que podem exercer funções de direção e chefia na organização e cujo conteúdo funcional integra no artigo 10º - B “... as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança” (DL nº71/2019, p.2628). São orientados por um conjunto de competências de gestão - a prática profissional, ética e legal; a gestão pela qualidade e segurança; a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; o planeamento, organização, direção e controlo; a prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. Acrescem ainda as competências de assessoria - o exercício de assessoria e da consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde, de forma a desempenhar um papel pró-ativo na definição e implementação de políticas de saúde que garantem as boas práticas, assim como a sua participação e desenvolvimento de planos de intervenção e projetos estratégicos.

O EG assume ser o

Motor da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação de recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015, p. 5949).

A qualidade é um aspeto central abordado em todo o Regulamento do Perfil de Competências do EG, que tem a responsabilidade de garantir o cumprimento das normas estabelecidas nos PQCE, especialmente no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). Além de liderar a equipa, o EG deve promover o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua da qualidade, contribuindo para a criação de ambientes de trabalho facilitadores do exercício profissional dos enfermeiros.

Além das competências já mencionadas que um gestor de enfermagem deve possuir, ao gerir uma HDP, é importante que tenha um entendimento aprofundado das particularidades do trabalho na área da saúde mental. É essencial que os gestores controlem a logística e o fornecimento de materiais, promovam a autonomia dos trabalhadores e a colaboração entre a equipa, estabeleçam uma comunicação eficaz, incentivem a responsabilização e ofereçam oportunidades para que os membros da equipa participem nos processos de tomada de decisão. Eles devem também valorizar as competências dos enfermeiros e promover um ambiente de trabalho que favoreça a prática de enfermagem (Van Osch et al., 2018).

Por outro lado, o EG deve ser capaz de motivar a sua equipa, ouvir as suas preocupações e ajudá-la a enfrentar os desafios diários. Ele é um elemento central nas políticas da organização, possuindo uma visão abrangente tanto do ambiente interno quanto externo da instituição, participando ativamente nas atividades de “planeamento, execução, controlo e avaliação” (Regulamento nº76/2018, p. 3478).

Para Rego (2018), o EG deve possuir um conjunto de competências que promovam motivação, empenho, acesso às novas tecnologias e à formação contínua nas equipas que lidera. Além disso, detém competências que agregam valor económico à instituição e que são cruciais para alcançar ganhos em saúde, interpretando esses ganhos como um processo de planeamento para identificar necessidades de saúde e potenciais melhorias, expressas em indicadores de avaliação ao nível da estrutura, de processos e de resultados (Regulamento nº76/2018).

Tem ainda um papel crucial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a profissão e acrescentando valor social. O seu conhecimento permite desenvolver processos de tomada de decisão de forma transparente e eficaz,

com competências relacionais adequadas, onde assume funções com uma “atitude ética e responsabilidade social”, focando-se nos cidadãos e nos resultados em saúde (Regulamento nº76/2018, p. 3478).

A inovação também é um componente crucial, pois os líderes de enfermagem procuram constantemente novas maneiras de inovar e transformar. Eles são desafiados a influenciar a qualidade dos cuidados, a desenvolver novos modelos de prestação de serviços e a criar ambientes de trabalho que capacitem os enfermeiros a gerar novas ideias que promovam a inovação. A inovação implica assumir riscos e adotar novas formas de pensar (Snow, 2019).

Assim, na implementação e desenvolvimento da unidade pioneira em Portugal de HDP é necessário que o EG seja o primeiro a acreditar em si, no projeto e na sua equipa para que seja possível fazer a mudança acontecer, vivendo a própria mudança e encarando a complexidade e a incerteza. O EG deve ser capaz de simplificar e otimizar os recursos das organizações para “desamarrá-las do entulho burocrático” que ainda trava o seu funcionamento (Chiavenato, 2014, p.611). É nesta linha de reflexão que Chiavenato (2008) refere que “a criatividade é a base para a mudança construtiva e o seu aspeto mais importante é a inovação” (p.345).

### **1.3.2 Ferramentas de Apoio à Gestão em Enfermagem**

De forma a materializar muitos dos desafios anteriores elencados, é essencial que um gestor em qualquer organização esteja constantemente atualizado sobre o desenvolvimento da sociedade, da organização e das pessoas, uma vez que as necessidades das pessoas evoluem à medida que o mundo e os contextos mudam. A GE utiliza assim diversas ferramentas e técnicas estratégicas para melhorar a qualidade dos cuidados, otimizar os recursos e garantir a eficiência operacional. São alguns exemplos, a análise SWOT, análise PEST AL ou o *Balanced Scorecard*.

De forma a explorar uma ferramenta que seja reconhecida como essencial para a implementação de novas unidades ou serviços devido à sua capacidade de fornecer uma visão detalhada dos fatores externos que podem impactar o desenvolvimento de uma

unidade, opta-se por abordar em maior pormenor a análise PEST AL. Segundo Gupta (2013), PEST AL é uma ferramenta que se baseia nos fatores macro-ambientais, e parte do pressuposto que o sucesso das organizações, não deve ser compreendido ou estudado sem antes se analisar e entender todas as informações existentes que estejam relacionadas com a melhor compreensão do ambiente externo. Este tipo de análise tem por objetivo ajudar a organização a entender e a reagir às mudanças no seu ambiente externo.

O nome PEST AL, é resultante de uma simples mnemónica, onde cada letra corresponde aos fatores externos a analisar:

P - Fatores Políticos e regulamentações governamentais;

E - Fatores Económicos e financeiros;

S - Fatores Sociais, culturais e demográficos

T - Fatores Tecnológicos e inovações;

A – Fatores Ambientais, ecológicos e sustentáveis;

L – Fatores legais e administrativos.

Assim, o sucesso organizacional depende da capacidade de prever mudanças e de compreender o impacto dessas mudanças sobre as organizações. Contudo, entre os erros mais comuns durante a utilização desta análise, estão a simplificação em demasia dos dados recolhidos, a dificuldade em recolher dados suficientes para uma análise compreensiva, a necessidade de fazer estas análises com frequência para se manter atualizada, e o facto de não ser possível quantificar os resultados, dado que é uma análise qualitativa (Rastogi & Trivedi, 2016).

Na área da enfermagem, a análise PEST AL é uma ferramenta valiosa para entender o ambiente externo onde as práticas de enfermagem ocorrem. Ela é especialmente útil na implementação de novas unidades de saúde, aplicável também à HDP, pois permite examinar os fatores macro-ambientais que podem afetar a viabilidade e o sucesso dessas unidades. A análise PEST AL oferece uma visão abrangente e estratégica do ambiente externo ao considerar aspetos políticos, económicos, socioculturais, tecnológicos, ambientais e legais. Isso proporciona uma base sólida para

justificar a criação de novas unidades de saúde, assegurando que todas as influências externas sejam devidamente avaliadas e incorporadas na estratégia de implementação (Jorge, 2022).

Trata-se assim de uma análise que ajuda as organizações a prever e a adaptar-se às mudanças, garantindo um alinhamento estratégico e uma melhor tomada de decisões, mergulhada numa abordagem holística que é essencial para a implementação bem-sucedida de novas unidades ou serviços, pois permite identificar oportunidades e mitigar riscos de forma eficaz.

Neste trabalho, no ponto sobre as implicações para a prática, optou-se por realizar uma análise PEST AL como ferramenta de apoio à GE para o desenvolvimento da HDP em Portugal, agregando os resultados obtidos através do estudo empírico que se apresenta de seguida.

## **PARTE II**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

---

O processo de investigação deve explicitar detalhadamente os princípios metodológicos e métodos a utilizar. Nesta segunda parte do estudo, encontra-se toda a explicação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas, tratando-se de um estudo de abordagem qualitativa, constituindo-se um tipo de investigação indispensável no processo científico, particularmente em contextos de descoberta (estudos exploratórios), pois só ela permite discernir o complexo e o inesperado. Posteriormente, procede-se à apresentação dos resultados obtidos no presente estudo, bem como a sua respetiva análise e discussão, e a apresentação das implicações para a GE.

## 2.1 Metodologia

Uma investigação pode ser definida como o melhor processo para chegar a soluções fiáveis para problemas, através de recolhas planeadas e sistemáticas e da respetiva interpretação de dados (Gonçalves et al., 2021).

No âmbito da abordagem quantitativa, a realidade é considerada como única e objetiva, adotando-se um raciocínio dedutivo, que se inicia numa teoria geral, com o propósito de testar hipóteses derivadas desta teoria. Em contrapartida, na abordagem qualitativa, a realidade é vista como múltipla e subjetiva, valorizando-se as experiências individuais e as suas perceções como aspetos essenciais e enriquecedores para a pesquisa. A lógica da pesquisa qualitativa é indutiva, movendo-se do específico para o geral (Creswell & Creswell, 2022).

Assim, compreende-se que os paradigmas, conceções de realidade, formas de conhecimento e valores variam entre as abordagens metodológicas. Nenhuma perspetiva é superior à outra; diferentes perceções da realidade e dos fenómenos estudados exigem diferentes abordagens. A pesquisa quantitativa procura a generalização e replicação dos seus resultados, enquanto a qualitativa visa a compreensão e interpretação (Creswell & Creswell, 2022).

Adicionalmente, Fortin (2009) referiu que a investigação científica difere de outros tipos de aquisição de conhecimentos devido ao seu caráter rigoroso e sistemático, o que

permite alargar o campo de conhecimento, guiar a prática e garantir a credibilidade das práticas profissionais.

Nesse sentido, Munhall (2012) destacou a importância da pesquisa qualitativa na enfermagem, enfatizando a oferta de uma compreensão profunda das experiências e práticas dos enfermeiros. A pesquisa qualitativa permite que os enfermeiros descrevam detalhadamente as suas vivências, contribuindo para o avanço do conhecimento na área de enfermagem. Conseqüentemente, esta abordagem metodológica é fundamental para criar um ambiente onde as experiências dos profissionais de saúde sejam valorizadas e analisadas, proporcionando *insights* valiosos para melhorar a prática de enfermagem e promover um cuidado mais humanístico.

Além disso, a mesma autora salientou que a análise qualitativa tem um enorme potencial para reforçar a prática humanística na enfermagem, pois facilita a compreensão das percepções e necessidades dos utentes, bem como das complexidades envolvidas nos cuidados diários prestados pelos enfermeiros. Portanto, a abordagem qualitativa não só enriquece o corpo do conhecimento em enfermagem, mas também contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Munhall, 2012).

### **2.1.1 Desenho do Estudo**

Este estudo de investigação compreende uma abordagem qualitativa, constituindo-se como um tipo de investigação usada para descrever experiências de vida, culturas e processos sociais a partir das perspectivas das pessoas envolvidas (Gray et al., 2017). Desta forma, a pesquisa qualitativa permite explorar a profundidade, a riqueza e a complexidade inerentes à vida dos seres humanos. Os *insights* deste processo, constroem o conhecimento da enfermagem, promovendo a compreensão das necessidades e dos problemas dos utentes, orientando teorias emergentes e descrevendo forças culturais e sociais que afetam a saúde (Munhall, 2012).

O valor da investigação qualitativa em enfermagem reside na sua capacidade de descobrir os significados e interpretações subjacentes aos comportamentos e experiências dos vários atores, essenciais para proporcionar cuidados centrados na

pessoa. Além disso, a reflexividade na investigação qualitativa, que envolve a autorreflexão crítica do enfermeiro-investigador sobre os seus próprios preconceitos, suposições e influência no processo de investigação, aumenta a credibilidade e autenticidade dos resultados. Portanto, a investigação qualitativa é indispensável para a prática baseada na evidência em enfermagem, pois fornece dados contextualmente ricos que informam a tomada de decisão clínica, otimizam a governação clínica e melhoram os resultados obtidos (Munhall, 2012).

Cada abordagem qualitativa flui de crenças e pressupostos de uma orientação filosófica que direcionam todos os aspetos do estudo, desde o planeamento do estudo até à apresentação dos resultados. Além do mais, os métodos de pesquisa qualitativa permitem ao investigador flexibilidade durante a colheita e análise de dados, garantindo assim uma maior adaptabilidade às nuances dos fenómenos estudados (Creswell, 2013).

Neste sentido, reiteram-se as potencialidades inerentes à HDP, tendo em vista a necessidade de ampliar recursos, melhorar a qualidade e eficácia clínica, garantir a prestação de cuidados de proximidade, fortalecer a parceria com as famílias e com a rede social das pessoas com doença mental, mitigar a crescente pressão e sobrecarga dos serviços de internamento em psiquiatria, e desenvolver aquilo que se pretende materializar num novo modelo de organização de cuidados para a pessoa com doença mental. Pretende-se encontrar contributos para a implementação desta unidade como um eixo estratégico para a viabilização do circuito da pessoa com patologia mental fora das estruturas hospitalares, em linha com as políticas de desinstitucionalização e reforço da aproximação dos cuidados ao contexto comunitário.

Face ao exposto, a pergunta de investigação que se colocou foi:

**Quais os contributos dos utentes, dos familiares e dos peritos para o desenvolvimento da Hospitalização Domiciliária em Psiquiatria, em Portugal?**

Nesta linha de pensamento, reuniram-se os contributos, as perceções, as perspetivas e as considerações de *stakeholders* relevantes, de modo a compreender o que os utilizadores dos serviços (utentes e familiares) e os peritos (decisores e influenciadores

de políticas de saúde) tomam como considerações e contributos para a implementação e desenvolvimento deste serviço em Portugal.

De forma a desenvolver um entendimento profundo da questão de investigação colocada, emergiram os seguintes objetivos:

### **Objetivo geral**

- Analisar os contributos dos utentes, familiares e peritos, para o desenvolvimento da HDP, em Portugal.

### **Objetivos específicos**

- Descrever as perspetivas e as considerações dos utentes, dos familiares e dos peritos, sobre o desenvolvimento da HDP;
- Descrever as potencialidades e as fragilidades identificadas pelos utentes, pelos familiares e pelos peritos, acerca do desenvolvimento da HDP, em Portugal;
- Identificar as implicações da GE no desenvolvimento da HDP, em Portugal.

### **Tipo de Estudo**

O estudo realizado é de carácter exploratório-descritivo de natureza qualitativa, com o objetivo de explorar em profundidade o contributo dos utentes através de entrevistas semiestruturadas, e dos familiares e peritos através de dois grupos focais (GF) independentes.

A escolha de um estudo exploratório-descritivo é fundamentada na necessidade de obter uma compreensão abrangente e detalhada sobre a HDP, um tema ainda não desenvolvido e investigado em Portugal. Esta abordagem permite investigar problemas de forma aprofundada, em contextos onde há pouco conhecimento sobre o tema, fornecendo informações iniciais que podem direcionar investigações mais detalhadas no futuro. Desta forma, este tipo de estudo é particularmente adequado quando se pretende abordar uma questão ou problema que necessita de uma solução ou compreensão detalhada, especialmente quando há uma lacuna de conhecimento que só pode ser preenchida através da obtenção dos pontos de vista das pessoas diretamente implicadas (Oliveira, 2011).

Além disso, os estudos descritivos complementam a investigação exploratória ao fornecer detalhes adicionais, criando uma compreensão mais completa do assunto (Fortin, 2009). Por conseguinte, ao utilizar técnicas variadas de pesquisa qualitativa, torna-se possível descrever o tópico de interesse de forma rica e detalhada, promovendo uma melhor compreensão das necessidades e desafios associados à HDP (Gray et al., 2017).

Assim, este estudo exploratório-descritivo qualitativo visa não apenas descrever, mas também aprofundar a compreensão dos contributos dos diversos *stakeholders* na implementação e desenvolvimento da HDP em Portugal.

### **2.1.2 Participantes**

A seleção dos participantes, na investigação qualitativa, é realizada de acordo com os que melhor possam contribuir para dar resposta ao fenómeno de interesse. Por conseguinte, opta-se por uma amostragem por escolha racional que estabelece a seleção de participantes que possuam as características relevantes e possam fornecer uma representação adequada dos temas em estudo (Fortin, 2009).

Assim, os processos de seleção de participantes e de recolha de dados ocorrem nos campos de investigação que contêm a realidade empírica de interesse. A intencionalidade da seleção de participantes remete imediatamente para a ideia de existir uma referência anterior a tipos específicos de participantes, parecendo abdicar logo da presunção de neutralidade no processo de investigação (Gonçalves et al., 2021).

Contudo, estes participantes foram uma escolha deliberada, baseada em critérios de inclusão que correspondem ao objetivo do estudo. Cientes das limitações inerentes a qualquer escolha de participantes, optou-se por uma amostragem diversificada, adequada a um estudo exploratório. Esta abordagem visou incluir indivíduos com diferentes perspetivas que possam dar contributos variados, de modo a enriquecer a compreensão do fenómeno em estudo.

No que diz respeito ao número final de participantes, utilizou-se como parâmetros de finalização, a ocorrência de redundância e de saturação de informações (Streubert & Carpenter, 2011).

Sobre os critérios de inclusão, estabeleceram-se características predefinidas que os participantes deveriam possuir para participarem num estudo, complementando-se com critérios de exclusão transversais a todos os participantes.

Assim, definiram-se três grupos de participantes e os respetivos critérios de inclusão:

### **Utente**

Palavra com significado neste estudo, de pessoa utilizadora do SNS, com código de identificação atribuído U e cujos critérios de inclusão foram:

- Doença mental diagnosticada;
- Pelo menos um internamento em serviços de Psiquiatria;
- Último internamento em serviço de Psiquiatria há mais de seis meses;
- Aceitação na participação do estudo.

### **Familiar**

Palavra com significado neste estudo, de pessoa familiar e de referência para o utente, com código de identificação atribuído de F e cujos critérios de inclusão foram:

- Coabitar com pessoa com doença mental diagnosticada;
- Último internamento do familiar utente, há mais de seis meses;
- Aceitação na participação do estudo.

### **Perito**

Palavra com significado neste estudo, de pessoa com conhecimentos científicos relevantes, com código de identificação atribuído de P e cujos critérios de inclusão foram:

- Possuir conhecimentos relevantes na área da psiquiatria e saúde mental;
- Possuir participação ativa na sociedade portuguesa em contexto de saúde mental e psiquiatria;
- Aceitação na participação do estudo.

Os critérios de exclusão aplicados a todos os participantes foram:

- Qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade da pessoa para participar do estudo;
- Recusa em assinar o termo de consentimento informado, livre e esclarecido.

A seleção dos participantes Utente e Familiar, foi realizada após a consulta de processos clínicos, através do programa SCLINICO®, tendo identificado:

- **Utente** – Foram sete pessoas selecionadas e realizado o contacto telefónico, sendo que todas aceitaram participar no estudo. Para cada uma delas, foi agendado o dia, hora e ambiente conforme a escolha do participante. Foram realizadas seis entrevistas, pois um dos participantes faltou ao agendamento e não demonstrou vontade em participar posteriormente. Todos os participantes conheciam a entrevistadora/investigadora de forma profissional em ambiente hospitalar.
- **Familiar** - Foram contactados sete participantes via telefónica, de forma a agendar os dias para as colheitas de dados. Apenas seis atenderam o telefone e aceitaram participar no estudo. No dia agendado, compareceram cinco familiares na instituição hospitalar onde decorreu a colheita de dados. Todos os participantes conheciam a entrevistadora/investigadora de forma profissional em ambiente hospital.

Importa esclarecer a condição de estabilidade clínica dos utentes entrevistados, que embora não fosse um critério de exclusão, foi tida em conta, acautelando que nenhum deles teve episódios de urgência em psiquiatria no decorrer do mês anterior.

Quanto aos **Peritos**, foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo enviados 10 convites para potenciais participantes, via email, onde se anexou um link da plataforma Doodle® de forma a realizar o melhor agendamento possível. O dia mais escolhido, foi divulgado por email aos participantes e enviado o questionário sociodemográfico em GoogleForms® (Apêndice II – Questionário Sociodemográfico - Peritos). Compareceram seis peritos no dia agendado, na plataforma Microsoft® Teams. Apenas três dos participantes tinham relação prévia com a entrevistadora/investigadora.

### 2.1.3 Colheita de Dados

Embora a investigação qualitativa abranja uma ampla gama de métodos de estudo, decidiu-se aplicar duas técnicas de colheita de dados, no sentido de oferecer maior flexibilidade e variedade na recolha dos dados. São elas a entrevista semiestruturada e o GF. Ambas as técnicas, foram orientadas com um guião, constituído por três secções, a introdução, o desenvolvimento e a conclusão.

Todos os dados foram gravados em áudio, após autorização do participante, e transcritos na íntegra com o auxílio do programa Sonix®, que transcreveu a fonte áudio em verbatim. Após verificação das transcrições e conteúdo de cada um dos dados recolhidos, foram posteriormente inseridos na plataforma WebQDA®, para se proceder à análise de conteúdo e respetiva categorização. Face às condicionantes temporais, optou-se por não se devolver aos participantes as transcrições, pelo que foram informados desta decisão.

#### **Entrevistas semiestruturadas**

Haguette (1997) definiu entrevista como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (p.86). A entrevista é uma técnica importante para a colheita de dados subjetivos numa pesquisa qualitativa. Ela compreende o desenvolvimento de uma interação de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o seu curso (Aires, 2015).

A interação direta é uma questão-chave na técnica de entrevista, valorizada pela presença dos intervenientes. Foi fundamental, no início da entrevista, a apresentação da entrevistadora/investigadora, bem como a exposição do problema da pesquisa e o papel dos participantes entrevistados (Carmo & Ferreira, 2015). As entrevistas semiestruturadas são frequentemente a única fonte de dados para um projeto de pesquisa qualitativa, sendo que foram todas agendadas com antecedência num horário e local designado. As

entrevistas foram organizadas em torno de um conjunto de perguntas abertas pré-determinadas, com outras perguntas que emergiram do diálogo entre a entrevistadora/investigadora e os entrevistados.

Entrevistas semiestruturadas em profundidade são o formato mais amplamente usado para a pesquisa qualitativa e podem ocorrer de forma individual ou em grupo (Dicicco-Bloom & Crabtree, 2006). As entrevistas exploraram as experiências dos participantes e os significados que lhes atribuem.

A entrevistadora/investigadora (mestranda) conduziu as entrevistas de forma a incentivar os participantes a falarem sobre questões pertinentes em resposta às perguntas de pesquisa, fazendo perguntas abertas.

Na entrevista semiestruturada, a entrevistadora seguiu um guião de perguntas previamente estabelecidas e alinhadas com a construção teórica apresentada na Parte I, embora não fosse necessário segui-lo rigorosamente, uma vez que a entrevista semiestruturada combina perguntas definidas com perguntas espontâneas, que surgem no momento da entrevista (Freitas Silva et al., 2006). Um bom entrevistador é aquele que sabe ouvir de forma ativa, demonstrando interesse no discurso e nas emoções do entrevistado, realizando novas questões e confirmando com gestos que o ouve atentamente, sem influenciar o discurso (Batista et al., 2017).

Importa, assim, ter presente as técnicas que coexistem na entrevista, com particular enfoque na observação, análise e interpretação, não só dos fatos em causa, mas também da componente comportamental do entrevistado. Estas técnicas, utilizadas com critério e ética, permitiram controlar os elementos adversos como percepção, projeção e preconceito, tornando-se mais eficazes, no decorrer da entrevista, utilizando facilitadores como a escuta ativa, o *retrofeedback* e a assertividade comunicacional (Gonçalves et al., 2021).

Assim, entre os meses de outubro e dezembro de 2023, efetuaram-se de forma individual, as seis entrevistas semiestruturadas aos utentes selecionados, em horários e ambientes escolhidos pelos próprios e gravadas em áudio, após a sua autorização e consentimento. A duração média de cada entrevista foi cerca de 35 minutos. A primeira

entrevista foi utilizada como pré-teste, não sendo necessária nova adaptação do guião. Nenhuma entrevista foi repetida.

Consciente de que a entrevista é uma ferramenta valiosa, assumiram-se as técnicas de entrevista como competências mobilizadas pela entrevistadora/investigadora, uma vez que exigiu grande controlo intelectual e emocional, capacidade analítica e competências interpessoais de conexão e empatia com o outro.

### **Grupos Focais**

O Grupo Focal (GF), ou *Focus Group*, é uma técnica de pesquisa qualitativa que envolve entrevistas em profundidade realizadas em grupo, geralmente com seis a dez pessoas (Krueger & Casey, 2009). O objetivo desta técnica é captar as perceções, perspetivas e considerações dos participantes sobre o tópico de interesse. Durante a discussão, os participantes influenciaram-se mutuamente com as suas respostas e comentários, sendo estimulados por perguntas ou observações feitas pela moderadora/investigadora (Krueger & Casey, 2009).

Esta técnica destaca-se pelas suas características únicas, especialmente pelo processo de interação grupal num ambiente de proximidade, permitindo partilhas, descobertas e participações entre os membros do grupo (Ressel et al., 2008). Consequentemente, houve facilidade na formação de ideias novas e originais, gerou possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo, ofereceu a oportunidade para interpretar crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista e ainda possibilitou entender a aproximação da relação do tema com o quotidiano (Ressel et al., 2008).

Os GFs devem utilizar um guião orientador de forma a auxiliar na sua condução. Este guia deve apresentar questões relacionadas com o tema em estudo, que visam provocar, sustentar e direcionar a discussão (Barbour, 2009). Os tópicos foram previamente discutidos e devidamente hierarquizados, de modo a relacionarem-se uns com os outros. A ordem estabelecida e flexibilidade dos temas permitiram retomar

pontos anteriormente comentados e melhorar a discussão, permitindo diversas análises dos participantes sobre cada tema.

Além disso, esta técnica ajudou a entender como estas dinâmicas se relacionam com a comunicação entre os pares e com as normas do grupo. Adicionalmente, o GF é considerado adequado para ser utilizado em fases exploratórias de uma pesquisa, quando se deseja ampliar a compreensão e a avaliação a respeito de um projeto, programa ou serviço (Klagge, 2018).

No que respeita às limitações de ambos os GFs, aponta-se a hesitação de alguns participantes em discutir as suas crenças, o desconforto de participantes mais tímidos em expressar as suas opiniões, a dificuldade de reunir os participantes desejados, a monopolização da discussão por um ou dois participantes, a prevalência de uma opinião que quase se instalou no grupo, salvaguardando-se ainda a hipótese de influência inconsciente dos resultados por conta de preconceitos da moderadora/investigadora. Além disso, o tempo e recursos necessários para a análise dos dados são consideráveis e só por si uma limitação significativa (Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1997).

Uma das principais críticas ao GF é a interferência do moderador enquanto investigador. Morgan (1997) refere que as grandes virtudes do GF são a confiança na habilidade do investigador e sua eficiência e rapidez na colheita de dados. Contudo, se os investigadores criarem ou dirigirem grupos de forma artificial, pode influenciar negativamente os resultados alcançados.

O formato *online* de GF trouxe algumas vantagens, que de acordo com Schröder & Klerin (2009), foram uma maior abrangência geográfica, a questão do anonimato que tornou o processo mais efetivo e a ausência de deslocamento e custos em viagem. No entanto, também apresentou desvantagens, como a facilidade na perda de foco, que seria mais difícil de acontecer numa sessão presencial.

Neste estudo foram realizados dois grupos focais:

- GF1 - Em dezembro de 2023, em formato presencial, em ambiente hospitalar, com **cinco participantes – Familiares** presentes que não se conheciam entre si; Gravação realizada em áudio, conforme consentimento assinado;

- GF2 - Em janeiro de 2024, em formato on-line, através da plataforma Microsoft® Teams, com **seis participantes – Peritos** presentes. Alguns deles já se conheciam previamente; Gravação realizada em áudio e vídeo, conforme consentimento assinado.

Ambos os GFs tiveram uma duração de aproximadamente 90 minutos, assumindo a moderação dos grupos a investigadora, contando também com a presença da Orientadora como observadora, contribuindo com registo de notas de campo.

Foi possível observar, nos dois momentos, a construção coletiva de ideias acerca da colaboração no desenvolvimento de perspetivas e contributos das suas visões sobre o tema da HDP. Do ponto de vista da perceção da investigadora e da observadora, assistiu-se a discussões de grande riqueza de conteúdo vivencial e trocas de conhecimentos e experiências. Durante a condução dos grupos, tentou-se assumir um papel de promotora de reflexões e discussões em grupo. Contudo, salienta-se o desafio na condução de um GF *online*, uma vez que também ocorreu ‘ao vivo’, em tempo real, com os participantes interagindo simultaneamente em formato digital, exigindo algumas capacidades específicas à moderadora/investigadora, como ser ágil, incisiva e atenciosa e grande capacidade de intervenção. Ainda coube à moderadora/investigadora testar todas as funcionalidades do sistema assegurando a compatibilidade com a plataforma utilizada.

### **O Guião**

Segundo Quivy e Champenhoudt (2017), o guião de uma entrevista semiestruturada é o seu suporte, devendo levar o participante a exprimir-se de forma livre, acerca dos temas sugeridos por um número restrito de perguntas relativamente amplas e de forma a deixar um campo aberto a respostas diferentes daquelas que o investigador poderia prever.

A construção de um guião de entrevista bem fundamentado teoricamente é essencial para o sucesso de uma investigação qualitativa. Utilizando as orientações de autores como, Creswell (2013) e Seidman (2013), os investigadores podem desenvolver

guiões que promovam entrevistas ricas, detalhadas e eticamente conduzidas, resultando em dados valiosos e *insights* profundos sobre o fenómeno que se pretende estudar.

O guião da entrevista aos utentes foi submetido a um pré-teste de forma a validar a pertinência e a compreensão das questões. Foi efetuado a um participante do estudo (U1), não tendo sido necessária qualquer alteração ao mesmo, mantendo-se a versão inicial (Apêndice III – Guião de Entrevista - Utentes).

A parte introdutória do guião da entrevista foi orientada para as apresentações principalmente do tema do estudo e dos seus objetivos; para a função da investigadora; para a confidencialidade, autorização da gravação, bem como para o preenchimento do questionário sociodemográfico e assinatura do consentimento informado e esclarecido. O seu desenvolvimento foi constituído por perguntas abertas sobre o tema da HDP e projetadas para encorajar a expressão das perspetivas e considerações dos participantes. A conclusão foi dirigida para um breve resumo das informações recolhidas, dando oportunidade para que os dados fossem validados ou esclarecidos, terminando com o agradecimento final pela participação.

Seguindo este mesmo racional, foram elaborados dois guiões de orientação dos GFs, baseados nos mesmos pressupostos do guião das entrevistas, com um conjunto de questões pré-determinadas, baseadas no objetivo central do estudo e ancoradas na sustentação teórica existente (Johnson et al., 2022; Lloyd-Evans et al., 2018; Motteli et al., 2020; León-Caballero et al., 2020, 2022; Cornelis et al., 2018, 2022), com vista à obtenção de repostas através da discussão e partilha de ideias em grupo (Apêndice IV – Guião do Grupo Focal – Familiares e Apêndice V – Guião do Grupo Focal - Peritos).

#### **2.1.4 Critérios de Qualidade**

A pesquisa qualitativa como evidência científica ainda é considerada complexa, nomeadamente a utilizada em saúde e em particular em enfermagem (Velloso & Tizzoni, 2020).

É assim importante que se compreenda a clareza dos seus fundamentos, aplicando-se critérios rigorosos que garantem orientações e suportam a qualidade da

pesquisa. Assim, nos anos 80, foi realizada uma analogia com os critérios de validade interna e externa, confiabilidade e objetividade utilizados na pesquisa quantitativa, propondo-se os critérios de credibilidade, transferibilidade, dependibilidade e confirmabilidade para a pesquisa qualitativa, através da criação de guias para o relato completo e claro dos estudos (Velloso & Tizzori, 2020).

A utilização de guias com diretrizes e *checklists* visa garantir a qualidade dos resultados decorrentes de investigação qualitativa, incluindo a avaliação rigorosa dos pares quanto ao rigor metodológico do estudo realizado (Buus & Perron, 2020).

Desta forma, Tong et al, (2007) propuseram o uso da COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*), composta por 32 itens com critérios de avaliação para estudos qualitativos com uso de entrevista e GFs que visa melhorar a confiabilidade e a validade da pesquisa biomédica (incluindo a de Enfermagem). Também O'Brian et al., (2014) propuseram o uso do SRQR (*The Standards for Reporting Qualitative Research*), com 21 itens considerados essenciais para um estudo completo e transparente.

Embora não exista unanimidade, as orientações da COREQ são as de maior grau de consenso entre os investigadores qualitativos (Smith et al, 2017), motivo pelo qual se opta pela sua aplicação neste estudo.

A *checklist* denominada de COREQ é composta por 32 itens divididos em três domínios:

1. Equipe de pesquisa e reflexividade – Itens sobre características pessoais dos integrantes da equipa e sobre a relação entre a equipa e os participantes da pesquisa;
2. Desenho do estudo – itens sobre fundamentos teóricos, seleção de participantes, contexto e procedimentos de recolha de dados;
3. Análise de dados e resultados – itens sobre procedimentos de análise dos dados e a apresentação dos resultados.

Esta lista foi concebida de forma a promover relatórios e pesquisas completas e transparentes melhorando o rigor metodológico, a abrangência e a credibilidade da entrevista e dos grupos focais. Desta forma, oferece à comunidade científica critérios e

diretrizes claras, incentivando a adoção de recomendações que conferem maior fidedignidade à pesquisa ao alcançar os objetivos propostos (Boeckmann, 2023).

Para o atual estudo sobre o desenvolvimento da HDP em Portugal, com o recurso a utilização de entrevistas e GFs, foi aplicada a *Checklist* COREQ – Versão em Português falado no Brasil de Souza et al. (2021). (Anexo I – *Checklist* COREQ)

### 2.1.5 Análise de Dados

Streubert e Carpenter (2011) referem que o objetivo da análise dos dados é manter a singularidade de cada experiência de vida dos participantes e possibilitar uma compreensão mais profunda do fenômeno em questão. Dada a natureza qualitativa dos dados, a análise de conteúdo foi realizada utilizando o software WebQDA®. Esta análise foi baseada nas contribuições obtidas por meio das entrevistas e dos grupos focais realizados, seguindo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2022).

De acordo com esta autora, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2022, p.44).

Para assegurar a fiabilidade e validade do estudo, a análise de conteúdo foi realizada através de diversas operações organizadas em torno de “três polos cronológicos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; 3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (Bardin, 2022, p.121).

Na primeira fase, denominada pré-análise, o objetivo foi organizar as primeiras ideias para delinear um plano inicial. Nesta etapa, procedeu-se à transcrição na íntegra das entrevistas e dos grupos focais, considerando não apenas as palavras, mas também o sentido, para evitar enviesar o significado do conteúdo e permitir a transição para a segunda fase. Foi feita uma leitura flutuante dos textos para identificar padrões e tendências que direcionassem a pesquisa, surgindo então hipóteses provisórias e as suas relações (Bardin, 2022).

A segunda fase, a exploração do material, “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração” (Bardin, 2022, p.127). Isso significa que os dados colhidos foram transformados em recortes agregados que representaram o conteúdo em unidades, iniciando-se assim o processo de codificação. Nesta fase, foram identificadas várias unidades de codificação – unidades de registo – simplificando os dados para uma melhor compreensão do conteúdo das respostas.

Na terceira fase, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, os dados brutos foram transformados de modo a serem significativos e válidos. Para Bardin (2022), “tratar o material é codificá-lo” (P.129). Assim, as unidades de registo foram codificadas por subcategorias, visando descobrir núcleos de sentido através da identificação de temas-eixo. A codificação é essencial para a confidencialidade e proteção dos dados e o anonimato dos participantes, pelo que foi realizada pela investigadora com o suporte da orientadora.

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se em torno de um processo de categorização, que consiste na elaboração de categorias emergentes dos dados e que podem ser identificadas a priori ou durante a análise (Julien, 2008; Bardin, 2022). Este processo é comparável a ‘arrumar gavetas’ segundo critérios suscetíveis de reunir sentidos. Existem diferentes tipos de categorias de análise, dependendo de como emergem:

- Categorias dedutivas: Pré-definidas, baseadas em antecedentes teóricos existentes, elaboradas antes da análise;
- Categorias indutivas ou emergentes: Constroem-se durante a análise, de caráter exploratório, possibilitando a interpretação de novos aspetos ainda não abordados na teoria.

Assim, o processo de categorização é crucial para o rigor da análise de conteúdo. Neste estudo, a categorização foi semântica, organizando os achados em categorias temáticas. Para esta etapa, foram utilizados os seguintes critérios de qualidade: a pertinência e a objetividade e fidelidade, de acordo com o referencial teórico de Bardin (2022).

A fase de inferência corresponde ao momento em que foi possível encontrar padrões e semelhanças, estabelecendo relações entre os dados obtidos (Coutinho, 2013). Além disso, a fundamentação teórica confere sentido à interpretação, permitindo que a profundidade dos significados analisados seja compreendida pela investigadora.

Preconizados e desenvolvidos todos estes passos da análise de conteúdo emergiram um conjunto de subcategorias, categorias e áreas temáticas (do específico para o geral) que foram expressas num quadro síntese onde também constam as respetivas unidades de registo.

### **Triangulação dos Dados**

A triangulação consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados numa mesma pesquisa de forma a obter um resultado mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa dos fenómenos em estudo, sendo que, quando diferentes conjuntos de dados se parecem contradizer, a discrepância pode ser usada como um meio de reflexão para reanalisar os dados e encontrar uma explicação para as diferenças observadas (Santana & Paiva, 2022).

Denzin (1978) distinguiu pela primeira vez quatro categorias fundamentais da tipologia de triangulação: triangulação dos dados, triangulação dos investigadores, triangulação das teorias e triangulação metodológica. Para Flick (2013), a triangulação combina diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes, períodos e perspetivas teóricas para lidar com um fenómeno, permitindo o estudo de um tema ou problema de pesquisa com base em várias perspetivas. Isto resulta numa produção de conhecimento mais abrangente do que seria possível a partir de uma única abordagem. O mesmo autor propôs protocolos de triangulação que incluem a triangulação das fontes de dados, que confronta dados de diferentes origens; a triangulação do investigador, que utiliza observadores diferentes para detetar desvios; a triangulação da teoria, que abrange diferentes perspetivas teóricas e hipóteses; e a triangulação metodológica, que combina diferentes métodos de recolha de dados (Flick, 2013).

Na prática da pesquisa empírica, a triangulação é frequentemente usada para obter uma análise mais abrangente e rica, em vez de simplesmente confrontar uma teoria ou conjunto de dados com uma proposta rival. Na pesquisa qualitativa, é comum encontrar casos negativos, ou seja, contextos ou acontecimentos que não se alinham com os resultados esperados, entendendo-se que estes casos são atípicos e devem-se ajustar as interpretações e pressupostos (Coutinho, 2008).

Contudo, a triangulação de métodos não deve ser confundida com a combinação de métodos. Denzin (2012), aborda duas formas de uso das fontes metodológicas: no interior de um método ou entre métodos. A triangulação no interior do método consiste em analisar os dados utilizando as ferramentas oferecidas pelo próprio método, e a triangulação entre métodos prevê a utilização de diferentes técnicas utilizadas provenientes de métodos de investigação distintos.

Os tipos de triangulação metodológica referem-se ao uso das múltiplas formas de métodos de pesquisa qualitativa, como por exemplo: estudo de caso, etnografia e *ground theory* (entre métodos) e aos métodos de colheita inerentes a cada um deles, tais como observação, entrevista e grupo focal (dentro do método), na qual os resultados são comparados e contrastados para chegar às conclusões (Denzin, 2012).

Assim, a triangulação dos dados obtidos, envolve a recolha de informações em tempos, espaços e fontes diferentes. Este tipo de triangulação permite explorar mudanças temporais e realizar análises comparativas em diferentes locais. Flick (2013) sugere que a triangulação deve ir além do debate paradigmático, assumindo uma perspectiva de resultados, com três alternativas: **convergência** (quando os dados obtidos por diferentes técnicas apresentam os mesmos resultados), **complementação** (quando os dados de uma técnica respondem a questões levantadas por outra, complementando-a) e **divergência** (quando as informações de uma técnica são opostas às de outra, exigindo uma nova análise para esclarecer as divergências).

Sobre as vantagens do uso da triangulação de dados, salienta-se o aumento da qualidade e profundidade da pesquisa ao combinar múltiplas perspectivas, reduzindo viés e promovendo informações adicionais. Segundo Yin (2005), o uso de múltiplas técnicas garante a profundidade do estudo, uma maior proximidade ao contexto e maior

credibilidade aos resultados. Também Silverman (2011) ressalva que a triangulação de dados não visa apenas validar os dados ao cruzá-los, mas também captar diferentes dimensões do mesmo fenómeno, proporcionando uma compreensão mais detalhada.

Assim, a triangulação é essencial na investigação qualitativa, pois aumenta a credibilidade e a profundidade dos dados, promove a produção de novos achados, permite obter uma visão mais integrada e holística do fenómeno em estudo, assegurando maior riqueza e rigor nos procedimentos e resultados, além de que intensifica o seu sucesso quando se opta pela utilização de mais do que um tipo de triangulação (Suto et al., 2021).

Neste estudo, utilizou-se a triangulação de dados para obter resultados mais sólidos e rigorosos. A combinação de diferentes formas (entrevistas e GFs) e fontes de dados (utentes, familiares e peritos) permitiu alcançar uma análise abrangente e detalhada, diferenciadora com estes três grupos de participantes, contribuindo significativamente para a compreensão da temática da HDP.

Face à análise e interpretação dos dados realizada, a discussão foi efetuada com base na triangulação de dados obtidos pelos participantes por cada tema-eixo, encontrando-se aspetos convergentes, complementares e divergentes e correlacionando-os com aspetos teóricos fundamentados. Também foi realizada a triangulação dos dados obtidos de forma a distinguir os principais contributos de cada participante e que emergiram neste estudo de forma global.

### **Software de análise de dados - WebQDA®**

O *software* de análise de dados WebQDA® promove ao investigador um importante contributo na organização e sistematização dos dados. O sistema webQDA® é diferente dos outros sistemas de análise qualitativa de dados porque, entre outros aspetos, possibilita a partilha *online* do projeto, propiciando a validação com outros intervenientes do estudo, nomeadamente com o(s) orientador(es).

A utilização deste software na análise de dados qualitativos é conhecida na literatura como *Qualitative Data Analysis Software* (QDAS) e tem vindo a expandir-se tanto em relação aos utilizadores como em relação à quantidade de aplicações/softwarees disponíveis no mercado (Machado & Vieira, 2020). Os recursos tecnológicos nas pesquisas não reduzem a importância do investigador na interpretação e na análise dos dados, pois embora os softwares sejam facilitadores para o investigador, ajudam apenas na organização e operacionalização dos dados recolhidos. Estas ferramentas auxiliam especialmente na codificação dos dados, na redução do tempo de análise, na gestão das fontes de informação e na construção do conhecimento com mais profundidade e menos interferência subjetiva dos investigadores (Machado & Vieira, 2020).

A análise dos dados realizada pelo WebQDA® é semelhante à estrutura básica da análise de conteúdo descrita no ponto anterior: a) pré-análise, com a organização do material a ser analisado; b) exploração do material, com a codificação e categorização; e c) tratamento dos resultados, com as interpretações inferenciais (Machado & Vieira, 2020).

Assim, utilizou-se o software WebQDA® para analisar os dados, realizar a codificação, a categorização e o cruzamento entre os resultados, na sua triangulação.

### **2.1.6 Procedimentos Éticos**

A ética na investigação abrange todas as etapas do processo de pesquisa, assegurando a qualidade ética dos procedimentos e o respeito pelos princípios estabelecidos. O ICN emitiu uma declaração de posição em que destacou a relação entre os enfermeiros e os direitos humanos (Position Statement: Nurse and Human Rights - 2011), considerando que estes têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todas as situações, desde a prestação de cuidados, à partilha de informação, ao consentimento para intervenções e à participação em investigações, com particular enfoque nas questões ligadas à vulnerabilidade em relação aos direitos humanos e aos grupos vulneráveis (Nunes, 2013).

Bauchamp e Childress no final da década de 70, apresentaram quatro princípios éticos - beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça - fundamentais para a prática

em saúde. Beauchamp & Childress (2012) destacam que as obrigações e virtudes dos profissionais de saúde sempre foram associadas ao princípio da beneficência, ou seja, ao fazer o bem. Historicamente, as decisões eram tomadas sem consultar os utentes sobre seus pontos de vista, o que mudou significativamente nos últimos anos com a crescente consciência dos direitos dos indivíduos, especialmente o direito de decidir sobre o seu próprio destino clínico. Estes autores também apontam que as moralidades profissionais, com os seus códigos morais e deontológicos, são tipos de moralidade particular que podem variar legitimamente na forma de lidar com certos conflitos de interesse, revisões de protocolos e diretrizes antecipadas. Os códigos de ética e da prática profissional são vistos como marcas da profissão, sinalizando a organização de um determinado grupo que reivindica autorregulação e autoridade epistêmica e moral, definindo as suas fronteiras e as relações com outros grupos (Beauchamp & Childress, 2012).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o paradigma básico da autonomia na assistência de saúde é o consentimento expresso e informado. Para que o consentimento seja considerado válido, a pessoa deve ser competente, ou seja, ter capacidade para realizar uma tarefa. Por sua vez, a competência pode variar conforme o momento da avaliação, o problema que afeta a pessoa e a decisão a ser tomada. Assim, para que o consentimento resulte de uma verdadeira autonomia, é necessário seguir um conjunto de procedimentos (competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento) que significam que o indivíduo deve ser competente para agir, receber a informação completa, compreender essa informação, decidir voluntariamente e consentir a intervenção proposta ou a participação num projeto de investigação (Beauchamp & Childress, 2012).

Assim, foi elaborado um consentimento informado e esclarecido para todos os participantes, onde se encontra explícito o âmbito do estudo, os direitos dos participantes e o contacto pessoal da investigadora. Foi ainda entregue uma cópia do documento assinado por ambos (Apêndice VI – Consentimento Informado).

Interessa ainda realçar que a enfermagem, como profissão, está firmemente fundamentada nestes quatro princípios bioéticos. Estes, orientam tanto a prática clínica quanto a condução de investigações em enfermagem. O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)

estabelecem os princípios éticos e deontológicos a serem cumpridos, demonstrando que a prática da enfermagem e a pesquisa científica estão interligadas no cumprimento dos deveres éticos, pelo que o presente estudo foi autorizado com parecer positivo nº56/2023, pela Comissão de Ética (CE) e pelo Conselho de Administração (CA) do Hospital onde a investigação foi conduzida.

Por sua vez, a Declaração de Helsínquia é um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificável, podendo tratar-se de uma pesquisa terapêutica ou pesquisa não terapêutica. Neste caso específico, trata-se da pesquisa não terapêutica, que é conduzida para gerar conhecimento para uma disciplina. São seis os princípios éticos que devem guiar a investigação:

- Beneficência, fazer o bem para o próprio participante e para a sociedade;
- Avaliação da maleficência, sob o princípio de não causar dano;
- Fidelidade, o princípio de estabelecer confiança entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação;
- Justiça, o princípio de proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;
- Veracidade, seguindo o princípio ético de dizer a verdade, informando sobre os riscos e benefícios, associado ao consentimento livre e esclarecido;
- Confidencialidade, o princípio de salvaguardar a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo.

Estes princípios éticos encontram-se relacionados com os direitos dos participantes do estudo. São eles:

- A não receber dano, isto é, a não serem prejudicados;
- Direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo;
- Direito de autodeterminação, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino;
- Direito à intimidade - inclui poder negar-se a responder a algumas questões, a ser protegida a identidade do sujeito e à confidencialidade da informação que partilharam;

- Direito ao anonimato e à confidencialidade – isto é, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito.

Finalmente, surge em 2016, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), presente no Regulamento nº679/2016, é um regulamento do direito europeu sobre a privacidade e a proteção de dados pessoais, aplicável desde 2018 em Portugal. O RGPD estabelece que a recolha, acesso e tratamento de dados pessoais no contexto da investigação clínica devem ser restritos às finalidades concretas e objetivas de cada estudo, clarificando as condições de licitude deste tratamento de dados. De acordo com o artigo 13º do RGPD, os participantes dos estudos científicos têm os seguintes direitos:

- Direito à Informação;
- Direito à Retificação;
- Direito ao Apagamento de dados;
- Direito à Limitação do Tratamento;
- Direito de Portabilidade de Dados;
- Direito à Oposição;
- Direito a Consentir o tratamento de dados pessoais;
- Direito de retirar o consentimento.

No caso específico do presente estudo, houve dois aspetos importantes a considerar:

1) A obrigatoriedade da entrega de um documento de autorização para a gravação de voz nas entrevistas e a gravação de voz e vídeo no GF dos peritos, consagrando o direito de apagamento de dados até ao limite de cinco anos;

2) Tratando-se de um estudo que contém participantes com doença mental diagnosticada, que por si só é diferente do conceito de deficiência mental, pelo que se considera que estes utentes estão aptos a tomar as suas decisões de consentimento, rejeitando-se a necessidade de justificação especial.

## **2.2 Resultados do Estudo**

A síntese dos resultados desta investigação e a sua discussão crítica, permite refletir sobre o trabalho realizado, realçar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com a literatura científica nacional e internacional existente neste domínio. A análise dos resultados é realizada em profundidade, abordando as implicações teóricas e práticas dos achados e a forma como se alinham ou divergem. Além disso, será efetuada uma triangulação de dados, integrando diferentes fontes e perspetivas para oferecer uma visão abrangente e robusta sobre o fenómeno em estudo. Esta abordagem permitirá identificar padrões e discrepâncias nos dados, contribuindo para uma compreensão mais rica e fundamentada da temática em estudo.

### **2.2.1 Apresentação dos Resultados**

Relativamente aos participantes, contabilizou-se um total de 17 que contribuíram para este estudo, encontrando-se divididos por tipologia de participação – utentes, familiares e peritos – atribuindo cada um, a sua visão, contributos, perspetivas e considerações face à temática do desenvolvimento da HDP em Portugal. Assim, pretende-se descrever e apresentar os dados recolhidos no trabalho de campo.

Inicialmente, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes e posteriormente as categorias e subcategorias definidas após a análise de conteúdo realizada.

Deve-se salientar que, para a organização dos dados foi necessário proceder à elaboração de uma tabela de unidades de registo de forma a poder organizar e a objetivar o discurso dos entrevistados (Apêndice VII – Tabela de Unidades de Registo)

Deste modo, da análise efetuada emergiram os seguintes temas: Modelo e Conceito; Vantagens e Desafios; Impacto Familiar; Gestão e Operacionalização.

Sobre o grupo dos **utentes (n=6)**, a média de idades foi de 35 anos (DPp=10,3), apenas 16,6% não completou o ensino secundário e 100% encontrava-se com ocupação laboral ou em regime de voluntariado. Todos apresentaram diagnóstico médico de doença mental e são seguidos em consulta externa do hospital onde decorreu a investigação. Simultaneamente, contam com a experiência de pelo menos dois internamentos hospitalares em serviços de psiquiatria, conforme se observa na Tabela 1 – Dados Sociodemográficos - Utentes.

**Tabela 1**

*Dados Sociodemográficos - Utentes*

<b>ID U</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Agregado Familiar</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nº internamentos</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>1</b>	29	M	S	Secundário	1	S	>10	Esquizoafetivo
<b>2</b>	25	F	S	Secundário	2	S	2	Esquizofrenia
<b>3</b>	51	F	S	Secundário	2	D	3	Esquizoafetivo
<b>4</b>	48	F	S	Licenciatura	3	S	>15	Doença Bipolar
<b>5</b>	30	M	S	3º Ciclo	1	S	2	Doença Bipolar
<b>6</b>	28	F	S	Licenciatura	3	S	2	Doença Bipolar

Sobre o grupo dos **familiares (n=5)**, a média de idades foi de 59 anos (DPp=6,1), 40% frequentou o ensino superior e 100% tem ocupação laboral. O grau de parentesco de todos os participantes é direto (Mãe ou Pai) e todos são considerados os cuidadores do seu familiar, neste caso, dos seus filhos. Em 100% dos casos há diagnóstico de doença mental do familiar e todos contam com a experiência de pelo menos um internamento hospitalar em serviços de psiquiatria, conforme se observa na Tabela 2 – Dados Sociodemográficos – Familiares.

**Tabela 2***Dados Sociodemográficos - Familiares*

<b>ID F</b>	<b>idade</b>	<b>Género</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Grau de Parentesco</b>	<b>Agregado Familiar</b>	<b>Nº Internamentos</b>	<b>Diagnóstico do Familiar</b>
<b>1</b>	60	F	S	Licenciatura	Mãe	4	2	Doença Bipolar
<b>2</b>	54	F	S	3º Ciclo	Mãe	4	2	Doença Bipolar
<b>3</b>	50	F	S	Secundário	Mãe	2	1	Surto Psicótico
<b>4</b>	63	M	S	Doutoramento	Pai	2	9	Esquizoafetivo
<b>5</b>	67	F	S	3º Ciclo	Mãe	3	2	Esquizoafetivo

Sobre o grupo dos **peritos (n=6)**, a média de idades foi 50 anos (DPp=8,6), 60% dos participantes tem o grau académico de doutor e encontram-se integrados na carreira docente. Apenas 20% dos participantes não trabalhou diretamente em prestação de cuidados a pessoas com doença mental e 50% desempenha funções de GE, conforme se observa na Tabela 3 – Dados Sociodemográficos - Peritos.

**Tabela 3***Dados Sociodemográficos – Peritos*

<b>IDP</b>	<b>idade</b>	<b>Género</b>	<b>Hab. Literárias</b>	<b>Cargo</b>	<b>Funções de PC em SMP</b>	<b>Funções de Gestão em Enf.</b>
<b>1</b>	55	M	PhD	Prof.	N	N
<b>2</b>	57	M	PhD	Prof.	S	S
<b>3</b>	60	F	Pós-Gad.	Enf. Gestora	S	S
<b>4</b>	45	F	Mestrado	Enf. Esp. SMP	S	S
<b>5</b>	45	F	PhD	Prof	S	N

6	35	M	PhD	Prof.	S	N
---	----	---	-----	-------	---	---

Os resultados obtidos após a análise de conteúdo das entrevistas e dos GFs, são apresentados a seguir, dispostos em categorias que emergiram do discurso dos participantes.

Da análise de conteúdo efetuada, foram identificadas 11 subcategorias relacionadas com o desenvolvimento da HDP em Portugal que, depois de agrupadas deram origem a quatro categorias: **Modelo e Conceito**, **Vantagens e Desafios**, **Impacto Familiar** e **Gestão e Operacionalização**. A figura 1 apresenta os dados exportados do WebQDA®, com a frequência de segmentos de texto das entrevistas, que foram codificados, e as categorias e subcategorias correspondentes:

### Figura 1

#### *Categorias e Subcategorias decorrentes da Análise de Conteúdo*

Nome	Fontes	Refs
Vantagens e Desafios	8	121
Vantagens + Benefícios	8	69
Dificuldades + Obstáculos	8	52
Gestão e Operacionalização	8	157
Funcionamento	8	51
Características/Competências Profissionais	8	42
Tipologia de Intervenções	8	46
Enf. Gestor	1	19
Modelo e Conceito	8	91
Literacia em saúde - HD	8	16
Alternativa	8	63
Modalidades	5	14
Impacto Familiar	8	60
Transição	8	33
Família	6	27

De acordo com cada categoria que emergiu destaca-se as seguintes:

#### **Categoria 1: Modelo e Conceito**

Esta categoria emerge primeiramente, da percepção dos participantes, especialmente aqueles que não são profissionais de saúde, na dificuldade em definir o conceito de HD e os seus pressupostos, ou seja, a ausência de **Literacia em Saúde**. Para estes, a HD é vista como uma opção mais confortável que evita a sobrelotação hospitalar, alivia a sobrecarga dos profissionais de saúde, aumenta a rotatividade de pessoas doentes em fase aguda no hospital e oferece cuidados domiciliários prestados por enfermeiros. No entanto, também foi entendida como sinónimo de estar preso em casa, apesar do reconhecimento da importância do consentimento.

*"Não sei bem. Não percebi bem o que é..." (U6)*

*"Se estamos internados, temos que estar presos em casa e não podemos sair..." (U2)*

*"É algo que acaba por ser mais suave porque é feita no domicílio ou em casa da pessoa. Acho que também seria bom para evitar o excesso de pessoas nos hospitais, e se há casos em que isso é possível, alivia o trabalho de todos e as próprias pessoas..." (U1)*

*"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)*

Por sua vez, os peritos referem que a HD é uma solução de cuidados oferecida por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional, funcionando 24 horas por dia, e que garante igualdade de oportunidades de tratamento.

*"O internamento é uma solução de cuidados, ativada para funcionar durante 24 horas por uma equipa multiprofissional e multidisciplinar. Isso cria dificuldades quando pensamos num internamento domiciliário, que precisa responder às mesmas necessidades do internamento hospitalar." (P1)*

Ainda nesta categoria, foram englobadas as duas subcategorias sobre a **modalidade** de internamento e a ascensão da possibilidade da HDP se poder tornar numa **alternativa** válida ao internamento usual.

Sobre a **modalidade**, os utentes e as famílias referem que a HDP envolve uma transição do internamento hospitalar para casa, importante para a rotatividade dos utentes em fase aguda, onde inicialmente, consideram necessária a estadia no hospital

por 1 ou 2 semanas, seguida do regresso a casa com medicação e acompanhamento, apesar de referirem medo de poderem perder o controlo sobre a situação.

*"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 acompanhamento..." (U5)*

*"Acho que a dada altura do internamento podia ter ficado em casa, mas acho que tinha de ir para o hospital..." (U2)*

*"Na tal fase cinzenta em que já não está psicótico e começa a deambular, claro que o benefício é estar no seu espaço..." (F4)*

*"Precisamos de libertar uma cama para outro. Se não for isso, estou de acordo. Agora, tenho dúvidas que esse raciocínio não seja feito..." (F4)*

Os peritos também veem a HDP como uma ferramenta para encurtar o internamento durante crises, combinando internamento hospitalar e domiciliário, exigindo estabilidade dos utentes e critérios de admissão específicos (clínicos, sociais, familiares, habitacionais e consentimento). Segundo estes, pode ser testada em estudos piloto para reduzir os dias de internamento, encontrando o momento adequado de transição com famílias potencialmente capacitadas:

*"Só faz sentido como uma ferramenta para que as pessoas não fiquem tanto tempo internadas no hospital e possam ir mais cedo para casa (...) acompanhar um, dois casos piloto..." (P1)*

*"Retirando mais cedo os doentes do internamento, assim que se considera que tenham a estabilidade necessária. Obviamente, existem critérios específicos..." (P4)*

*"A partir do momento em que os doentes têm condições e as famílias têm potencial para realizar parte do internamento em casa, isso poderia ser uma boa experiência..." (P2)*

Sobre a possibilidade de uma **alternativa** válida ao internamento usual, os utentes consideram que a HDP é possível, com uma boa estrutura familiar, mantendo o juízo crítico, decisões sobre a evolução do tratamento e considerando as crises e a aceitação do tratamento. Desta forma, podem ser permitidas atividades em casa, com manutenção do quotidiano do utente, ajudando a ultrapassar o estigma, mas sempre dependendo do surto e da avaliação clínica deste.

*"Tudo depende muito do surto e da história que envolve o surto..." (U3)*

*"Acho que era possível. Com o médico a vir a casa, enfermeiro a monitorizar o doente..." (U4)*

*"Triste esse estigma. Mas sim, com essas novas abordagens, acho que as coisas podem melhorar muito..." (U4)*

*"É possível, desde que a pessoa aceite tomar a medicação ou tenha alguém para administrar e supervisionar. Tem de haver uma retaguarda familiar..." (U5)*

*"Também precisa de uma estrutura familiar boa do próprio doente, porque só uma das coisas não dá..." (U1)*

Os familiares, por sua vez, consideram que a HDP, embora desejável e uma solução para um SNS sobrecarregado, transfere a responsabilidade para a família (que pode não estar disponível) externalizando o problema. Consideram também que não é uma alternativa viável em crises, mas oferece um caminho de evolução significativa fora de um ambiente traumático, funcionando com uma família capaz de cuidar. Também salvaguardam a possibilidade da intervenção em ambiente domiciliário de agentes da autoridade, caso necessário.

*"Externalizar ou deixar para a família. Acho que há esse risco, uma vez que o sistema de saúde está sobrecarregado..." (F4)*

*"Eu acho que é possível e desejável..." (F1)*

*"Seria um caminho de evolução muito significativo e importante para a saúde mental..." (F1)*

*"Quanto à hospitalização em crise, não há como, numa situação de surto psicótico..." (F3)*

*"Nem pensar. Não haver uma intervenção de alguém que ele reconheça como autoridade..." (F4)*

Por último, os peritos consideram que a HDP pode ser adaptada ao modelo praticado na HD geral, requerendo a definição precisa das indicações clínicas e garantindo especificidades. Consideram não ser viável em todos os casos, mas pode ser indicada no primeiro surto, com estrutura terapêutica em casa e, simultaneamente, pode constituir-se uma mais-valia por evitar o peso do internamento hospitalar, considerando a capacitação e autodeterminação dos utentes, desde que as ofertas terapêuticas sejam equivalentes às hospitalares, com critérios de inclusão e exclusão claros, alertando para o risco de manutenção de cuidados centrados em ambientes exclusivamente

hospitalares. Sugerem ainda um estudo de investigação-ação, dando voz aos utentes e famílias.

*"Penso que o modelo de hospitalização domiciliar em saúde mental pode se adequar... seria importante definir bem as indicações clínicas... alguns casos poderiam ser mais bem tratados em casa do que no hospital..." (P2)*

*"Garantir que há respostas para não sobrecarregar ainda mais as famílias com algo que elas não têm capacidade para lidar..." (P2)*

*"Retirando mais cedo os doentes do internamento, assim que se considera que tenham a estabilidade necessária. Obviamente, existem critérios específicos. Tem que haver critérios clínicos, sociais e familiares, incluindo as condições habitacionais e a concordância com o internamento domiciliário..." (P4)*

*"As ofertas terapêuticas da hospitalização domiciliária não podem ser inferiores em quantidade e qualidade às do hospitalar..." (P1)*

*"A hospitalização domiciliária é uma excelente ideia para tornar os cuidados mais comunitários, mas é demasiado hospitalocêntrica para os modelos de cuidados atuais. É um bom recurso, mas não deve ser o fim último..." (P6)*

*"Precisamos de um estudo de investigação-ação... é importante dar voz aos utentes e famílias, algo que em Portugal ainda fazemos pouco, usando peritos pela experiência..." (P1)*

## **Categoria 2: Vantagens e Desafios**

Esta categoria surge da união entre subcategorias dedutíveis, sobre as vantagens e benefícios da HDP em Portugal e sobre as dificuldades, limitações e desafios que esta implementação e desenvolvimento pode significar.

Para os utentes, a HDP oferece um conjunto significativo de **vantagens**. Um dos principais **benefícios** é a menor saturação dos hospitais, libertando vagas para outras situações agudas e permitindo um atendimento mais eficiente. A proximidade com a família e amigos proporciona um suporte emocional crucial, ajudando-os a sentirem-se mais protegidos e confortáveis em casa. Este ambiente familiar permite um maior foco pessoal, com atendimento individualizado que acelera o retorno à realidade e à rotina, facilitando a compreensão e aceitação da sua condição, tanto pelos próprios, como pelos familiares.

Atividades lúdicas e a manutenção de um ambiente menos hostil e menos despersonalizado contribuem para a redução do estigma associado ao internamento

hospitalar. O ambiente domiciliário, menos stressante, promove uma recuperação mais rápida e eficaz, motivando os utentes a continuarem o seu tratamento. Além disso, a liberdade na tomada de decisões e a maior noção e consciência de si mesmos são fatores que reforçam a autodeterminação, a autoestima e a continuidade do tratamento.

*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...basicamente seria um aceleração da cura do tratamento...eu acho que se ia sentir 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...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 [casual] é uma, porque nós não gostamos de vestir pijamas todo o dia. Sentimo-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...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 a família ia passar a compreender também mais a doença...sempre é outro conforto...sei que também estão sempre sobrelotados e à espera de vagas. Entram uns, saem outros e acho também uma 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...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 sentir-se mais confortável...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)*

Por outro lado, para os utentes, a HDP apresenta **desafios** consideráveis como o próprio regime medicamentoso, o fácil acesso a consumo de substâncias prejudiciais e a diminuição de regras e rotinas em casa, que podem levar ao retrocesso no tratamento, bem como a supervisão excessiva pelos familiares que pode resultar em desgaste emocional e físico, complicando as relações familiares e dificultando a gestão do tratamento. Também a possibilidade de existirem episódios de agressividade aumenta a complexidade da HDP, podendo levar a um desgaste profissional rápido. Além disso, lidar com múltiplos utentes internados em casa requer uma logística bem planeada para evitar sobrecargas e garantir um atendimento adequado.

*Dependendo da história, do surto da pessoa pode ser uma pessoa pode cometer um crime ou não... Até pode ser a nível de toma da medicação também...a 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...também os enfermeiros também poderão ficar mais desgastados...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... (U2)*

*Sobretudo para casos de psicose, acaba por pode haver um retrocesso mais facilmente a pessoa estar em casa...(U1)*

*As pessoas podem perder um bocado o controlo... 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...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)*

Para os **familiares**, a HDP oferece várias **vantagens** significativas, especialmente em termos de conforto e suporte emocional. Estar no seu próprio espaço e ter família e amigos por perto proporciona um ambiente acolhedor e menos rígido, o que pode melhorar o bem-estar da pessoa doente. Este cenário facilita ganhos na prevenção e na intervenção sobre como agir em situações adversas, mantendo o ambiente de casa sob vigilância e melhorando a relação de confiança com os profissionais de saúde. O sentimento de alívio e ajuda é reforçado pela proximidade com a família, evitando o ambiente pesado do internamento hospitalar e permitindo uma resposta mais eficaz e imediata aos imprevistos.

*Penso que estaríamos mais preparados primeiro para prevenir e depois também para poder agir..., portanto estava no seu ambiente, mas também sob vigilância. E acho que era bom por esse aspeto...mais aliviados se tiverem por perto um profissional de saúde. Isto não é uma doença como cuidar de uma perna que partiu, isto às vezes há sempre um imprevisto...(F1)*

*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)*

*O benefício é estar no seu espaço, logo na sua casa, no seu quarto, poder visitar amigos ou ser visitado. Estar com um ritmo menos rígido...também não estar submetido, que é uma coisa que ele conta na fase final da recuperação, quando já está a recuperar a lucidez, e o estado normal, ao ambiente pesado que se vive no serviço de psiquiatria...(F4)*

Por outro lado, para os **familiares**, a HDP também apresenta **dificuldades** significativas, pois a implementação é complexa, exigindo uma intervenção em casa que reconheça e respeite a autoridade dos profissionais de saúde. Encontrar o momento adequado para a transição do hospital para o domicílio pode ser desafiador, e a adesão à medicação fora do ambiente hospitalar, pode ser difícil de garantir. Esses desafios mostram que, embora a hospitalização domiciliária ofereça um ambiente mais confortável e familiar, é necessária uma preparação cuidadosa e um suporte contínuo para garantir a eficácia do tratamento e a segurança da pessoa doente.

*Não haver uma intervenção de alguém a que ele reconheça uma autoridade...(F4)*

*Tínhamos muito dificuldade em que ela tomasse a medicação...(F5)*

Por outro lado, para os **peritos**, a HDP oferece inúmeras **vantagens** que podem transformar significativamente a experiência do utente e a eficácia do tratamento. A necessidade de informação, formação e educação das pessoas é fundamental para estabelecer uma base sólida de conhecimento e confiança na relação terapêutica. Adaptar os cuidados e estratégias ao contexto real do utente poupa-o do peso do internamento hospitalar e evita a rotulagem, permitindo uma continuidade das atividades quotidianas num ambiente menos restritivo, e promove um entendimento mais profundo do contexto real, possibilitando intervenções mais direcionadas e eficazes.

Garantir a continuidade dos cuidados e partilhar responsabilidades reduz o impacto do pós-alta, nivelando a relação entre o utente e o profissional de saúde e diminuindo a sensação de onipotência institucional. Além disso, realçam que o uso de apoio tecnológico, como a telemedicina para vigilância e monitorização, pode oferecer respostas diferenciadas e oportunidades para testar intervenções psicoterapêuticas em tempo real. Para os peritos, isto não só melhora as intervenções de enfermagem, mas também aumenta a visibilidade e o reconhecimento da profissão de enfermagem, trazendo ganhos significativos para a profissão.

*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... há uma vantagem e realmente na relação que se estabelece com os doentes e com as famílias – (P3)*

*Mais-valia em relação a todos os aspetos da confiança e do desenvolver de toda a relação terapêutica. Existem vantagens na forma como nós podemos adaptar e adequar os cuidados e até as estratégias ao contexto real - 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)*

*Permitir poupar a pessoa à questão de que é um peso num serviço de psiquiatria...aquele espaço físico concreto... aos quais depois nós colamos uma série de rótulos (...) é uma resposta intensiva de tratamento, esta possibilidade de internamento em casa, poupando a pessoa àquilo que é o estigma... a não descontinuidade quotidiana da pessoa(...) e prestar os cuidados no meio menos restritivo possível, conseguirem-se começar a trabalhar objetivos concretos para aquilo que é o bem-estar depois da pessoa...(P5)*

*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 muito vantajoso...(P1)*

*Hoje em dia nós temos recursos que permitem facilitar muito o internamento domiciliário, por exemplo, ao nível da vigilância...estão desde robôs, desde câmaras. Tu podes ter uma pessoa num determinado contexto e estás à distância fazendo algum monitoramento...(P2)*

*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...eu acho que em termos de visibilidade da nossa profissão e da importância que nós podemos ter para as pessoas, também temos aqui um ganho que me parece interessante para a profissão...(P6)*

Por outro lado, os **peritos** identificam na HDP vários **desafios** que dificultam a sua implementação e operacionalização, como por exemplo, a dispersão geográfica e a mobilidade das equipas que podem representar obstáculos logísticos significativos, muitas vezes associados a altos custos e a uma gestão difícil dos recursos humanos. Além disso, o pensamento conservador e a resistência à mudança podem manter profissionais e instituições nas suas zonas de conforto, dificultando a adoção de novos modelos de cuidados. Também as atuais políticas de saúde, muito focadas em equipas comunitárias, podem promover a duplicidade de respostas e criar um ambiente de desarticulação entre os diferentes serviços. A qualificação profissional e a necessidade de lidar com a mudança de mentalidades e com o estigma social são essenciais para superar esses desafios.

*A dispersão geográfica ...a grande desvantagem que era a mobilidade das equipas, o custo que tinha, para depois dar uma resposta... a multiplicidade de respostas sem elas serem complementares e, portanto, haver uma duplicidade - P2*

*Primeiras dificuldades é mesmo lidar com o estigma que ninguém quer admitir ...atribuir o mesmo valor de capacidade de tratamento à pessoa com doença mental que a pessoa com doença física – P5*

*O caráter inovador 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...um pensamento conservador em relação também a que as práticas e as respostas, habitualmente as mais convencionais - P4*

*Questões ligadas às 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...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*

*Qualificação dos técnicos para a intervenção deste modelo, para sabe-se trabalhar (...) temos que mudar muito e temos que mudar muito por dentro em termos de nós próprios, profissionais – P3*

### **Categoria 3: Impacto Familiar**

Esta categoria emerge no decorrer da investigação, com a junção de 2 subcategorias indutivas, quando se entendeu que existe um papel significativo da família neste processo de HDP, principalmente na transição de cuidados do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliário, impactando consequentemente as dinâmicas familiares que existem.

Assim, para os **utentes**, destaca-se que, estar em casa, cercado pela família, ajuda a lidar melhor com comportamentos e com a medicação, facilitando a integração e a aceitação da doença. A transição deve ser discutida inicialmente entre a equipa clínica e a família, para evitar falsas expectativas, e só posteriormente com o utente. Ganhar novas rotinas e ter um acompanhamento contínuo torna a recuperação mais facilitada e a aceitação mais fácil. No entanto, a supervisão familiar pode ser excessiva, criando dificuldades nas relações e um sentimento de doença na própria família, embora a ajuda indireta e o aumento da responsabilidade familiar sejam vistos como positivos para o suporte e para a recuperação.

*A partir do momento que já toma a rotina da medicação, é mais fácil depois de aceitar também... é um bocado pesado para a família...temos 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)*

*Primeiro uns dias no hospital e depois fazer a transição para casa... 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... A família muitas vezes não sabe lidar com os doentes e lida como se fosse uma pessoa qualquer, normalíssima. E depois é muito complicado, porque nós precisamos, entre outras coisas, de um cuidado extra... (U4)*

*Eu diria os primeiros 15 dias são os piores...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... 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... Também é importante perceber que a doença afeta não só o doente, mas também a família...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)*

Para os **familiares**, a articulação com a equipa de enfermagem é importante para o sucesso da HDP. Apesar do sentimento de que a família também está doente, há uma sensação de não estarem sozinhos, o que traz esperança e maior apoio e segurança. A HDP pode oferecer uma oportunidade de partilha e comunicação, ajudando a reduzir a sobrecarga familiar. Com o apoio adequado, a família pode-se tornar um recurso terapêutico valioso, integrando-se no processo de cuidados e ajudando o utente a aceitar e a viver com a doença.

*Eu acho que se houvesse aqui uma articulação nessa fase entre a enfermagem e a família, era desejável... a família também de certa forma, fica doente, não é? Não é só o doente... Nós estamos sozinhos... há um momento de ver a esperança... (F1)*

*Sentimo-nos mais apoiados... (F5)*

*Mas também podemos falar dos nossos medos... (F2)*

*Isso é o que a família deseja... 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)*

*- Mas acham que esta questão da hospitalização domiciliária pode trazer um acréscimo de sobrecarga à família? Ou, pelo contrário? - pelo contrário [TODOS]. 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)*

Para os **peritos**, destacam-se ainda a importância de uma avaliação familiar sobre a forma de funcionar como um recurso terapêutico, com uma análise detalhada das competências mobilizadas e da dinâmica familiar. Cuidados de elevada complexidade e intensidade podem ser administrados em casa, desde que o ambiente e a família estejam preparados e que se garanta que a HDP não se torna numa sobrecarga adicional. É enfatizada a importância dos determinantes sociais e económicos e acredita-se que, com o ganho de conhecimentos e a adaptação do ambiente domiciliário, a família pode contribuir significativamente para a recuperação do seu familiar.

*A questão é criar em casa, criar em casa as mesmas condições ou condições melhores do que aquilo que as pessoas têm no hospital...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... 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 patogénicas, onde as pessoas adoecem a partir daí – P1*

*Fazer uma análise 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*

*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*

*Existem de alguma forma, algumas competências mobilizadas, mesmo numa fase aguda ou pré até chegar o momento em que se interna a pessoa. Portanto, tem de se perceber que competências é que são estas – P4*

#### **Categoria 4: Gestão e Operacionalização**

Esta última categoria temática, emerge da união entre 4 subcategorias dedutíveis: o funcionamento, as características e competências dos profissionais, a tipologia de intervenções e o papel do EG.

Sobre o **funcionamento** da HDP fica claro que o sucesso depende de uma abordagem multidisciplinar e integrada. Os **utentes** consideram benéfico um apoio

diário constante de uma equipa fixa, o que pode facilitar a criação de uma relação de maior proximidade e confiança e melhorar a adesão ao tratamento. A articulação eficaz entre enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, com consultas e visitas bem definidas e ajustadas às necessidades dos utentes, é essencial. Para os **familiares**, a presença de profissionais experientes e especializados, com afinidade com o seu familiar, e a capacidade de ajustar a frequência das visitas conforme necessário, são cruciais. A disponibilidade de suporte durante a noite e a possibilidade de retroceder ao hospital em caso de agravamento são aspetos importantes que garantem a segurança e o bem-estar do utente e da família. Os **peritos** sublinham a necessidade de uma intervenção coordenada e a importância de evitar a rotatividade das equipas, promovendo uma continuidade no cuidado que é vital para o sucesso do tratamento no domicílio.

*Se estivermos a falar de uma intervenção pluridisciplinar, onde aquilo que chega ao domicílio das pessoas são intervenções integradas... redefinindo a forma como estes profissionais entram no domicílio e até o número e a rotatividade destes profissionais, porque há registos, realmente há necessidade de existirem equipas que sejam também mais fixas..., portanto, não podemos estar a falar de equipas também muito rotativas (P4)*

*Funcionamento de vigilância 24 horas por dia, portanto, ou de cuidados que podem necessitar 24 horas por dia (P2)*

*Só bastava um médico psiquiatra e uma enfermeira especialista... Mas eu também acho muito importantes psicólogas da doença (F1)*

*Dependendo dos casos e das situações socioeconómicas das famílias, alguém do Serviço social... Com uma frequência que teria de ser ajustada ao estado da pessoa.... 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... haver um contacto para a noite, que é sempre um período crítico (F4)*

*Um telefone (F2)*

*E tem que haver uma ligação com a autoridade (F3)*

*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)*

*Ficarem sempre em contacto com a família, 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 suficiente...médico seria uma vez por semana também para ver o doente (U5)*

*Eu acho que pôr um médico, pôr um enfermeiro, e talvez um psicólogo. Depois eu acho que a consulta com o médico devia ser privada...a chegada a casa devia ser faseada...*

*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)*

*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)*

Sobre as **características e competências profissionais**, os participantes revelam um conjunto de qualidades e capacidades essenciais sobre profissionais, para uma implementação e desenvolvimento da HDP em Portugal bem-sucedida. Os **peritos** enfatizam a necessidade de mudança interna e adaptação à nova realidade, destacando a importância da qualificação e da disposição para enfrentar resistências. Os **familiares** sublinham a importância da empatia, da experiência e da capacidade de comunicação, valorizando uma abordagem que combine profissionalismo e humanização. Os **utentes**, por sua vez, destacam a importância de qualidades humanas e de apoio emocional, como paciência, compaixão, e a capacidade de ouvir e acolher sem julgamentos.

*Perceber que saímos da nossa zona de conforto e que temos que diluir os nossos poderes na casa do outro - P4*

*É diferente e é preciso preparar também os técnicos para essa diferença - P2*

*Tem que ser sempre a empatia, essa pronto ter, ter a tal cumplicidade... O enfermeiro tem que ter aquele espírito de missão e de também ter a vontade de recuperar o doente, Mas acho que sobretudo a empatia, a empatia e a vontade do enfermeiro querer...Tinha que ter a especialidade para tratar o doente... Tinha que ser alguém que tivesse formação. Pode não ser académica, mas pode ser de experiência - F1*

*Haver empatia, tem de haver, profissionalismo... Também tem que ser assertivo - F5*

*A firmeza, a autoridade - F4*

*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. Preocupar-se com o próximo... tem que ter amor à causa, senão não vai a lado nenhum. ...a empatia, respeito, preocupação, a característica, a simpatia – U4*

*Acho que a compreensão e 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 tem que ser muito conciso, muito direto quando descreve o que está a observar para não ser parcial – U6*

*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 também tomar partidos...não devem julgar...não devem ser brutos, não devem ser insensíveis... devem ser muito humanos. – U2*

Sobre a **tipologia de ajuda** ou das intervenções em casa, os **peritos** sublinham a importância de uma vigilância rigorosa do regime terapêutico e da monitorização contínua dos ganhos em saúde. O desenvolvimento da confiança e da relação terapêutica é essencial, assim como trabalhar objetivos concretos que possam ser investigados, diagnosticados e adequados de forma dirigida, garantindo a continuidade dos cuidados, com uma partilha de responsabilidades entre a equipa de saúde e a família, e um planeamento de alta bem estruturado. Intervir no contexto real dos utentes numa abordagem pluridisciplinar e integrada pode assegurar a eficácia do tratamento.

Por sua vez, os **familiares** destacam a necessidade de assegurar a toma a medicação corretamente, mantendo uma assertividade e sintonia com o cuidador. Esclarecer dúvidas e ajudar a preparar o utente para a vida após o internamento são vistos como aspetos fundamentais. Os familiares também enfatizam a importância de estar bem informados e envolvidos no processo de tratamento, o que pode reduzir a ansiedade e aumentar a eficácia dos cuidados prestados no domicílio.

Os **utentes** valorizam a articulação entre a família e os médicos, vendo a família como um parceiro no processo de recuperação. Realçam a importância de intervenções

que ajudam a organizar o dia, incluindo a alimentação e a preparação e administração da medicação, que se observe o discurso e os comportamentos e se supervisione as atividades da vida diária. Além disso, os utentes apreciam profissionais capazes de ouvir, observar e ajudar a adaptarem-se de novo em casa, funcionando como intermediários que ajudam a explicar a doença à família e a acompanhá-los, ajudando a criar memórias positivas e a aceitar e a viver com a doença.

*Trabalhar objetivos concretos para aquilo que é o bem-estar (P5)*

*Uma oportunidade fantástica de termos intervenção psicoterapêutica em que se possa de imediato ir testando e irmos vendo se aquilo funciona ou não e irmos adaptando (P6)*

*O enfermeiro conseguir assegurar que ela toma a medicação... Assertividade com o cuidador...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)*

*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..., 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 irmãos (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. 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 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)*

*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)*

Sobre a importância do **papel do EG** no desenvolvimento da HDP em Portugal, foram questionados apenas os **peritos** acerca das suas considerações, salientando-se a defesa do modelo e a atuação como um intermediário essencial nas organizações de saúde, facilitando a transição de modelos de gestão hospitalar para cuidados mais integrados no domicílio. A função de 'dobradiça' permite que o EG encontre soluções inovadoras e eficazes para os desafios que surgem na HDP. Um dos primeiros passos é o ajuste na linguagem utilizada pelo EG, com vista a uma maior literacia sobre gestão e saúde mental e psiquiatria, capacitando os gestores para assegurar a qualidade dos cuidados prestados neste âmbito de especialidade.

Este conhecimento permite ao EG defender o modelo de HDP de forma convincente perante os conselhos de administração (CAs) e outras partes interessadas, utilizando uma abordagem de marketing para promover os seus benefícios e a sua viabilidade. Enfatizam também a capacidade de criar sinergias e integrar diferentes visões e conhecimentos como outra competência vital do EG, capaz de convencer os CAs, sensibilizar os profissionais de saúde e criar um espaço de discussão aberto e construtivo. Isso envolve dar voz aos utentes e suas famílias, que desejam cuidados mais personalizados e humanizados, e garantir que essas vozes sejam escutadas e consideradas no planeamento e implementação dos cuidados.

Assim, os peritos consideram o EG um elemento-chave no desenvolvimento da HDP, defendendo a qualidade, encontrando soluções inovadoras, capacitando gestores e profissionais, e promovendo uma integração eficaz das visões e conhecimentos de todos os envolvidos. Através da sua liderança e visão, o EG pode garantir que a HDP se torne uma opção viável e eficaz, melhorando significativamente a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias.

*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...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)*

*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)*

*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... 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... 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)*

*Os enfermeiros gestores podem ser muito importantes no sentido de convencer os conselhos da administração da importância disto... (P6)*

*Também o enfermeiro chefe é influenciado pelos técnicos com quem trabalha... (P3)*

*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... O enfermeiro gestor tem aqui um papel preponderante ao criar abertura e discussão espaço de discussão em equipa... O enfermeiro gestor tem aqui um papel importante nesta integração das visões e dos conhecimentos na aplicabilidade na prática... (P4)*

## 2.2.2 Análise e Discussão dos Resultados

Apresenta-se agora a análise e interpretação dos dados obtidos neste estudo, partindo do pressuposto que a HDP foi analisada de diferentes ângulos, centrada na abordagem efetuada pelos peritos, familiares e utentes. De forma a alcançar uma compreensão mais completa, válida e consistente é importante encontrar aspetos de confluência, de divergência e de complementaridade, melhorando a credibilidade da pesquisa ao assegurar que os resultados reflitam uma variedade de perspetivas. Neste contexto, é utilizada a triangulação as perspetivas dos peritos, familiares e utentes por cada categoria identificada com a respetiva correlação teórica.

De forma adicional, apresenta-se ainda a nuvem de palavras como ferramenta visual, na análise de conteúdo, permitindo identificar e representar graficamente a frequência das palavras dos textos transcritos (Figura 2). Quanto maior a frequência de uma palavra, maior o seu destaque visual na nuvem, com tamanhos de fonte variados e cores diferentes, que indicam a relevância de cada termo (Vilela et al., 2020). Para a construção desta nuvem de palavras, foram filtrados elementos gramaticais de menor valor simbólico, como numerais e preposições, permitindo que a análise se concentre nos



da família. Isso surge assim, alinhado com os pressupostos da HD, que incluem a aceitação voluntária do utente, igualdade de direitos e deveres, e qualidade equivalente na prestação de cuidados (Cunha et al., 2017). Os familiares valorizam ainda a possibilidade de ter um ‘hospital em casa’, o que permite manter a proximidade com o seu familiar doente, num ambiente mais familiar e confortável.

Por sua vez, os utentes percebem a HD como uma opção mais confortável e menos invasiva em comparação com o internamento hospitalar. Eles acreditam que a HD pode ajudar a evitar a sobrelotação dos hospitais e aliviar tanto o trabalho dos profissionais de saúde quanto o desconforto das pessoas doentes internadas. Esta ideia surge com bastante enfoque no estudo de Levine et al. (2020) que concluiu que a HD reduz os custos, a necessidade de cuidados hospitalares e as readmissões em comparação com o internamento tradicional. Para os utentes, a presença de enfermeiros em casa é vista com agrado, garantindo cuidados de qualidade no conforto do lar. No entanto, alguns utentes expressam preocupações de que a HD possa restringir sua liberdade e independência, podendo fazê-los sentir-se ‘presos’ na sua própria casa.

Interessa reforçar que a regulamentação e implementação da HD em Portugal são relativamente recentes. Em 2018, foram criados o modelo de regulamento interno e a estratégia nacional de implementação de UHDs no SNS, através do despacho nº 9323-A/2018. Este documento definiu os princípios, regras de organização e funcionamento, e critérios de acesso às UHDs. Somente em dezembro de 2019, com o despacho nº 12333/2019, o programa passou a ser extensível a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS. Dada a novidade desta modalidade de internamento, seguida da ocorrência da pandemia de COVID-19, ainda há falta de divulgação de informação sobre a sua existência e resultados, o que contribui para a eventual recusa e insegurança por parte dos interessados, exigindo assim, uma mudança de mentalidade que será alcançada com o tempo e com a expansão da HD.

Klein (2018) afirma que há também resistência entre o corpo clínico, especialmente médicos, em referenciar utentes para programas de HD, devido ao receio de que os cuidados domiciliários sejam inferiores aos hospitalares. Essa preocupação decorre da

falta de informação e divulgação de resultados que demonstrem a eficácia desta modalidade.

A triangulação de perspetivas dos participantes revela consenso sobre a modalidade mista de internamento em HD. Para os peritos, a HDP é considerada uma solução adequada para certos casos, especialmente quando estruturada com indicações clínicas claras. A HDP é vista como uma mais-valia que pode reduzir o peso e o simbolismo negativo do internamento hospitalar, oferecendo um ambiente terapêutico no domicílio. A implementação deve começar com casos piloto ou estudos de investigação-ação, definir critérios específicos de inclusão e exclusão, e garantir que as ofertas terapêuticas não sejam inferiores às hospitalares, à semelhança do que aconteceu em outros países (Holgersen et al., 2022; Lloyd-Evans et al., 2018; Morante t al., 2017). Embora acreditem que a HDP não substitui o internamento convencional, consideram-na um recurso adicional valioso se articulado de forma cuidadosa.

Em 2018, Lloyd-Evans et al. (2018) já indicavam que modelos de HDP forneciam tratamento intensivo no domicílio para pessoas com doenças mentais em crise, visando evitar admissões hospitalares sempre que possível ou apoiar o retorno dos utentes a casa o mais rápido possível, após internamentos hospitalares em fase aguda. Para os familiares, ainda há dúvidas sobre a HDP, particularmente em relação à transferência de responsabilidade para a família e à própria disponibilidade dos familiares para cuidar dos utentes. Temem que a HDP seja utilizada apenas como solução para libertar camas nos hospitais de um SNS sobrecarregado. Apesar destes receios, a HDP é considerada desejável pelos familiares, em situações estáveis e não em crises, enfatizando a importância de definir claramente o conceito de estabilidade do utente e identificar o momento adequado para a transição de cuidados.

Também Johnson et al. (2022) destacam que os modelos de HDP incluem tratamento intensivo a curto prazo em casa, colaboração e envolvimento das famílias nos cuidados de saúde mental, com foco na comunicação e na tomada de decisões em conjunto. Por sua vez, para os utentes, a HDP é uma alternativa viável, especialmente quando há suporte familiar adequado. Estes valorizam a capacidade de manter o juízo crítico e participar nas decisões sobre o seu tratamento. A HDP permite que os utentes

mantenham suas atividades diárias e permaneçam no seu ambiente familiar, ajudando a superar o estigma associado ao internamento hospitalar (Giménez-Díez et al., 2020), sendo que Johnson et al. (2022) afirmam que a HDP faz parte de um movimento amplo de desinstitucionalização que visa minimizar o estigma e a coerção associada aos internamentos hospitalares.

Apesar das potenciais mais-valias, os utentes ressalvam que a viabilidade da HDP depende do tipo de diagnóstico e da história clínica, sendo necessária uma avaliação contínua e uma aceitação do tratamento. Isto pode ser mais viável e menos assustador, ajudando a identificar os precipitantes sociais da crise, envolvendo a família. Os primeiros dias após a transição são considerados críticos, e há receio de perder o controlo durante esse período, surgindo assim a modalidade mista como a preferencial.

Contudo, Vázquez et al. (2023) apresentaram resultados que corroboram a utilidade de modelos de acompanhamento em situações de crise no domicílio, apresentando apenas 5% de utentes com necessidade de internamento hospitalar. Neste estudo, os utentes em HDP apresentaram melhoria estatisticamente significativa na sua funcionalidade e na recuperação sintomática. Também León-Caballero et al. (2020) concluíram que a HDP parece ser uma forma viável de tratamento de pessoas com doença mental grave e uma alternativa eficaz à admissão usual hospitalar. Assim, do ponto de vista teórico, para além dos estudos referidos anteriormente, alguns investigadores como Wheeler et al. (2015), Morant et al. (2017), Holgersen et al. (2022), Blaehr et al. (2017), Cornelis et al. (2018) e Motteli et al. (2020), em Inglaterra, Noruega, Dinamarca e Suíça, elaboraram pesquisas e revisões da literatura sobre a eficácia e grande efetividade da HDP, demonstrando ser uma alternativa segura, desejável e capaz nas diferentes abordagens.

Esta é uma abordagem promissora e complementar ao internamento hospitalar, proporcionando um ambiente terapêutico em casa e aliviando a sobrecarga do SNS por meio da HDP. No entanto, para uma implementação bem-sucedida, é crucial definir critérios clínicos claros, garantir o suporte familiar e assegurar uma avaliação contínua.

Em síntese, do ponto de vista dos aspetos convergentes, divergentes e complementares deste tema entre todos os participantes, destacam-se:

## **Aspetos Convergentes**

1. Manutenção da Qualidade dos Cuidados: Todos os grupos concordam que a HDP deve manter a qualidade dos cuidados hospitalares, assegurando um tratamento contínuo e de alta qualidade, principalmente em modalidade de internamento misto;

2. Alternativa Viável: Há consenso sobre os potenciais benefícios da HDP, que incluem a redução da sobrecarga hospitalar e a oferta de cuidados mais confortáveis e familiares. Além disso, a HDP é vista como uma solução viável para proporcionar um ambiente terapêutico em casa e ajudar a ultrapassar o estigma associado ao internamento hospitalar em psiquiatria;

3. Importância da Família: Todos os grupos reconhecem a importância da família no sucesso da HDP. Existe concordância sobre a necessidade de definir critérios claros de inclusão e exclusão, bem como de avaliar continuamente a viabilidade da HDP.

## **Aspetos Divergentes**

1. Focos e Perceções da HDP: Os peritos enfatizam a necessidade de uma equipa multidisciplinar para garantir o sucesso da HDP. Em contrapartida, os familiares insistem no consentimento e desejo da família para iniciar a HDP, enquanto os utentes se preocupam com a eventual sensação de confinamento em casa.

2. Responsabilidades: Existem diferenças na visão sobre como se deve iniciar a HD e como os profissionais se devem adaptar ao ambiente domiciliário. Os peritos destacam a necessidade de educação e informação, enquanto os familiares e utentes têm preocupações sobre a transferência de responsabilidade, face ao equilíbrio da situação clínica e a da disponibilidade dos familiares.

**Aspetos Complementares**: A combinação destas perspetivas oferece uma visão holística, abrangente e complementar da HDP:

- Estrutura: Os peritos fornecem a estrutura técnica necessária para a implementação da HDP, enquanto os familiares trazem uma visão prática baseada no dia a dia dos cuidados domiciliário. Os utentes partilham as suas

experiências e percepções, destacando a importância de uma abordagem centrada na pessoa.

- Viabilidade: A combinação das perspectivas técnicas e práticas destaca a necessidade de uma estrutura clara e de critérios bem definidos para a HDP. Isso inclui a capacitação dos cuidadores para assumirem responsabilidades e a criação de estruturas terapêuticas eficazes.
- Preocupações: Necessidade de definir concretamente o conceito de estabilidade clínica e garantir o suporte necessário para enfrentar o sentimento de perda de controlo, o aumento da sintomatologia e as situações de risco.

Esta triangulação de dados revela que a HDP pode ser uma solução viável e benéfica, desde que sejam garantidas as necessidades estruturais, definidas claramente as indicações e critérios clínicos e garantido o suporte necessário tanto para os utentes como para os familiares.

## **Categoria 2: Vantagens e Desafios**

Sobre as Vantagens e os Desafios, a triangulação revela que a HDP é defendida pelos peritos como uma solução que requer informação, formação e educação adequadas para adaptar os cuidados e estratégias ao contexto real, tal como Santos et al. (2021), na sua pesquisa revelaram como benefícios a proximidade com as reais necessidades dos utentes e um cuidado personalizado e mais humanizado. A HDP é também um modelo de cuidados que visa poupar os utentes ao peso do internamento hospitalar e evitar a colocação de rótulos, proporcionando cuidados num meio menos restritivo possível e transmitindo conhecimentos à família.

Segundo Giménez-Díez et al. (2020), este recurso é também importante pela sua capacidade não estigmatizante, uma vez que permite enfrentar as crises no domicílio e no seio da comunidade, sendo uma opção menos invasiva, mais democrática e com tendência ao equilíbrio de poderes na relação entre utentes, familiares e profissionais. A continuidade dos cuidados e a definição de objetivos concretos são essenciais, assim

como a utilização de tecnologia e a oportunidade de testar intervenções psicoterapêuticas em contexto real, que são vistas como mais-valias para a enfermagem e para a visibilidade da profissão.

No entanto, desafios como a dispersão geográfica, custos, recursos humanos, estigma e a necessidade de lidar com a mudança interna de mentalidades, alinham-se com a visão de Johnson et al. (2022) e Lloyd-Evans et al. (2018) que apontam algumas dificuldades relacionadas com a clareza e direção dos papéis profissionais em HDP em todo o sistema de saúde mental, a articulação de cuidados com outras estruturas de cuidados e as culturas organizacionais resistentes à mudança.

Por sua vez, para os familiares é valorizada a possibilidade de manter os cuidados no seu espaço, perto da família e amigos, com um ritmo menos rígido oferece ganhos na prevenção e na capacidade de agir. A vigilância em casa e a relação de confiança com os profissionais são fundamentais, relatando sentimentos de alívio e ajuda, por ter o seu familiar doente, por perto e fora do ambiente hospitalar. Contudo, apontam, dificuldades na necessidade de uma intervenção que reconheça a autoridade, em encontrar o momento adequado para a transição e na adesão à medicação. Curiosamente, Johnson et al. (2022) documentam já existir no Reino Unido, um envolvimento de resposta conjunta por parte da polícia e de profissionais de saúde na abordagem à pessoa com doença mental em crise.

Por outro lado, os utentes percebem os diversos benefícios na HDP, como a menor saturação hospitalar, a proximidade com a família e amigos, a proteção e o foco pessoal, além do maior conforto e da redução do estigma. A HDP acelera o tratamento e facilita o regresso à realidade, permitindo que os utentes mantenham um ambiente familiar e acolhedor, tal como Giménez-Díez et al. (2022) referem, trata-se de um serviço único, um espaço alternativo e de compreensão da saúde mental, com cuidados centralizados na pessoa doente onde se acede ao ambiente mais íntimo. No entanto, enfrentam desafios como, o acesso facilitado a consumos de substâncias ou saídas inconsequentes, o domínio e confronto nas relações familiares e a perigosidade de certas situações, sendo menos indicadas para pessoas com risco de automutilação, pessoas não colaborantes ou pessoas com dependências de uso de substâncias (Mötelli et al., 2021)

Integrando estas perspetivas, a HDP emerge como uma abordagem que oferece cuidados personalizados e de alta qualidade num ambiente menos restritivo e mais familiar. Para os peritos, é crucial garantir a formação adequada para adaptar os cuidados ao contexto real e utilizar a tecnologia para melhorar a prática. Os familiares valorizam a proximidade e o conforto do ambiente domiciliário, mas reconhecem a necessidade de uma implementação cuidadosa e de suporte contínuo. Os utentes beneficiam do conforto e da proximidade familiar, mas enfrentam desafios relacionados com a gestão do ambiente em casa e com a manutenção da segurança e estabilidade. A colaboração entre peritos, familiares e utentes é essencial para maximizar os benefícios da HDP e enfrentar os desafios inerentes a este modelo de organização de cuidados.

Do ponto de vista dos aspetos convergentes e divergentes entre todos os participantes destacam-se:

### **Aspetos Convergentes**

1. Qualidade e Ambiente Familiar: A HDP mantém os utentes no seu ambiente familiar, o que é considerado benéfico por permitir proximidade com a família e amigos e proporcionar um ambiente mais confortável e menos hostil em comparação com o internamento hospitalar.

2. Redução do Estigma e Personalização dos Cuidados: A HDP é vista como uma forma de reduzir o estigma associado ao internamento hospitalar. Oferece a oportunidade de um atendimento mais individualizado e personalizado, promovendo uma maior compreensão e envolvimento da família e dos profissionais de saúde.

3. Continuidade de Cuidados e Suporte Emocional: Há consenso sobre a importância de garantir a continuidade dos cuidados, minimizando o impacto do pós-alta e proporcionando um suporte emocional e psicológico constante, além de evitar a descontinuidade nas rotinas diárias dos utentes.

### **Aspetos Divergentes**

1. Responsabilidades: Há divergências quanto à partilha de responsabilidades entre profissionais de saúde e familiares. Enquanto alguns veem a HDP como uma

oportunidade de nivelamento na relação entre os profissionais, os utentes e as famílias, outros preocupam-se com a transferência de responsabilidades que pode sobrecarregar a família.

2. Sustentabilidade da HDP: Existem preocupações quanto aos custos associados à HDP, incluindo a necessidade de recursos humanos adequados, a mobilidade das equipas e a dispersão geográfica. Além disso, a dificuldade de implementação na área da saúde mental e a resistência a mudanças de mentalidade são vistas como barreiras significativas.

3. Adesão ao Tratamento: A adesão à medicação e o acesso facilitado a substâncias externas são preocupações destacadas. Enquanto a HDP pode proporcionar liberdade na tomada de decisões, também apresenta riscos de retrocesso no tratamento devido à eventual diminuição de regras e rotinas estruturadas como existe no ambiente hospitalar.

4. Relações Familiares: As relações familiares podem ser complexas. Alguns participantes destacam os benefícios da proximidade, enquanto outros referem as dificuldades em lidar com a dinâmica familiar.

**Aspetos Complementares:** A triangulação dos dados revela que a HDP é vista como uma solução viável e benéfica, oferecendo vantagens, tal como a necessidade e enfrentar dificuldades e obstáculos:

1. Estratégias: A HDP oferece a oportunidade de desenvolver estratégias de cuidados personalizadas, podendo adaptar intervenções psicoterapêuticas ao contexto real garantindo respostas diferenciadas.

2. Relação Terapêutica: A HDP pode fortalecer a relação terapêutica ao proporcionar um atendimento mais próximo e personalizado, além de permitir a transmissão de conhecimentos à família e capacitar os cuidadores para melhor lidar com situações imprevistas.

3. Valorização Profissional: A HDP traz visibilidade para a profissão de enfermagem e permite testar intervenções inovadoras, incluindo o uso de tecnologia para vigilância e monitorização, melhorando potencialmente a eficácia dos cuidados.

4. Ambiente Real: A HDP permite que os cuidados sejam prestados num meio menos restritivo possível, promovendo uma adaptação ao ambiente real do utente e facilitando um regresso mais rápido e ajustado às rotinas diárias.

Em suma, a HDP oferece vários benefícios, sendo que para a sua implementação e desenvolvimento de forma eficaz, são necessárias abordagens bem estruturadas, apoio contínuo e recursos adequados para ultrapassar os desafios logísticos e sociais.

### **Categoria 3: Impacto Familiar**

Esta triangulação de resultados considera a HDP de diferentes ângulos, mas há uma confluência nas perceções sobre a importância de replicar as condições hospitalares em casa, envolvendo a família como um recurso terapêutico essencial. Os peritos enfatizam a importância de ver a família como um recurso terapêutico essencial, avaliando o seu funcionamento e dinâmica para garantir que os cuidados de elevada complexidade possam ser administrados sem sobrecarregar os familiares.

Esta análise deve considerar a dimensão clínica, o contexto e as necessidades da pessoa, assegurando que a família esteja apta a contribuir efetivamente para os cuidados sem se tornar uma sobrecarga adicional. Atuar como coterapeuta durante a HDP pode elevar a responsabilidade vivenciada pelos cuidadores, contudo León-Caballero et al. (2022) concluíram na sua pesquisa, existir níveis baixos de sobrecarga familiar durante o período de acompanhamento intensivo em casa, além de realçarem a satisfação dos utentes e dos cuidadores com os cuidados recebidos durante o tempo em HDP, demonstrando ser um recurso que acrescenta valor ao processo terapêutico.

Para os familiares, é valorizada a articulação eficaz entre a equipa de enfermagem e a família de forma a garantir uma transição segura para a HDP. Defendem ser crucial definir claramente o que significa estabilidade clínica e encontrar a 'fase cinzenta' adequada para a transição. Embora haja um sentimento de fazerem parte de uma 'família doente', a perceção de não estarem sozinhos traz esperança e maior apoio, oferecendo oportunidades de partilha, reduzindo potencialmente a sobrecarga familiar ao permitir

uma colaboração mais estreita com os profissionais de saúde. Neste alinhamento, de forma a melhorar a eficácia da HDP, Jonhson et al. (2022) referem a importância do envolvimento familiar nos cuidados à pessoa com doença mental em fase aguda, que incluem o foco na comunicação, no uso da linguagem e na tomada de decisão conjunta.

Por sua vez, para os utentes, a presença da família é vista como um suporte crucial para lidar melhor com determinados comportamentos e com a medicação. Sugerem que a transição seja discutida primeiramente com a equipa e com a família para evitar falsas expectativas, devendo a HDP ajudá-los a ganhar novas rotinas e facilitar a recuperação, indo assim ao encontro de estudos anteriores em que os utentes consideram o envolvimento dos seus familiares como um elemento importante no seu tratamento em crise (Van Oenen et al., 2018; Giménez-Díez et al. 2020) São no entanto, e como descrito anteriormente, apontadas dificuldades nas relações familiares, nomeadamente na supervisão familiar excessiva como fatores que podem aumentar o sentimento de pertencer a uma 'família doente'.

Integrando estas perspetivas, a HDP emerge como uma abordagem que oferece um ambiente terapêutico de alta qualidade em casa, contando com o suporte essencial da família. A articulação eficaz entre os profissionais de saúde e a família é fundamental para garantir uma transição segura de cuidados, promovendo o suporte familiar e a facilitação da recuperação.

Do ponto de vista dos aspetos convergentes e divergentes entre todos os participantes destacam-se:

### **Aspetos Convergentes**

1. Família como Recurso Terapêutico: Todos concordam que a família desempenha um papel fundamental no processo de HDP. A família é vista como um recurso terapêutico, oferecendo apoio emocional e prático aos utentes, ajudando na aceitação da doença. O envolvimento familiar é essencial para a recuperação e adaptação do utente.

2. Ambiente Domiciliário: Há um consenso sobre o valor do ambiente domiciliário na recuperação dos utentes. O ambiente psicossocial e físico de casa é considerado

adequado e terapeuticamente útil, ajudando os utentes a integrarem-se melhor e a aceitar novas rotinas de forma mais facilitadora do que num ambiente hospitalar.

3. Colaboração: A articulação entre os profissionais de saúde e a família é vista como essencial para o sucesso da HDP. A colaboração ajuda a definir estratégias de cuidados, a ajustar intervenções de acordo com as necessidades reais dos utentes e a garantir uma transição segura do hospital para casa.

### **Aspetos Divergentes**

1. Supervisão Familiar: Existem preocupações sobre o aumento da responsabilidade familiar e a dificuldade em lidar com dinâmicas familiares complexas podendo originar maior sobrecarga familiar.

2. Estabilidade e Transição: A definição do que constitui a estabilidade e o momento adequado para a transição do hospital para casa são áreas de desacordo. Os familiares e utentes sentem que a transição deve ser cuidadosamente discutida e planeada, enquanto os peritos parecem ter uma abordagem mais teórica e baseada em critérios de saúde específicos.

**Aspetos Complementares:** A triangulação dos dados revela que a HDP é observada por diferentes perspetivas que se complementam:

1. Integração: Os peritos trazem conhecimentos mais teórico, técnicos e clínicos, os familiares oferecem *insights* sobre a dinâmica familiar e o ambiente domiciliário, e os utentes partilham as suas experiências pessoais. Esta combinação de perspetivas permite um entendimento mais abrangente das necessidades reais de cuidados.

2. Novas Rotinas: A HDP oferece a oportunidade de desenvolver novas rotinas para os utentes, facilitando a adaptação e aceitação da doença. A criação de estruturas que envolvem a família e os profissionais de saúde pode ajudar a mitigar os riscos do conflito familiar e a aumentar a responsabilidade partilhada.

3. Capacitação: A HDP capacita as famílias com novos conhecimentos sobre a doença e o tratamento. Isso fortalece a confiança dos familiares nas suas capacidades

para apoiar o utente e melhora a relação de confiança com os profissionais de saúde. Contudo, é necessária uma análise cuidadosa das competências familiares mobilizadas e das condições sociais e económicas que impactam este processo.

#### **Categoria 4: Gestão e Operacionalização**

Esta triangulação contempla aspetos da HDP relacionados com o seu funcionamento, as características e competências dos profissionais e a tipologia de intervenções no domicílio, optando-se por diferenciar aqui o papel da GE, na pessoa do EG de forma a ir ao encontro dos objetivos específicos deste estudo.

Os peritos defendem a importância de uma intervenção pluridisciplinar e integrada na HDP com equipas fixas para evitar a rotatividade e garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. É essencial preparar os profissionais para a mudança de mentalidades e capacidade de sair da sua zona de conforto. Asseguram que a vigilância do regime terapêutico e a monitorização dos ganhos em saúde são fundamentais para uma resposta intensiva de tratamento. A confiança e a relação terapêutica são cruciais, assim como o planeamento da alta e a vigilância à distância, para garantir a eficácia do desenvolvimento da HDP em Portugal.

Para Wheeler et al. (2015) a estrutura organizacional, funcionamento e tipologia de intervenções, são relevantes para determinar a melhor forma de implementar e desenvolver a HDP. Vázquez et al. (2023) detalharam o funcionamento organizacional, como por exemplo a importância de equipas multidisciplinares, contacto móvel permanente, visitas domiciliárias diárias, supervisão direta da toma de medicamentos e alianças terapêuticas, que por sua vez se encontram alinhados com os achados no presente estudo. Outros autores referem relações entre a adesão ao tratamento com a satisfação dos cuidados prestados, melhorando as relações terapêuticas, a adesão e a persistência (Giménez-Díez et al., 2020; Taylor et al., 2023).

Para os familiares, é valorizada a articulação entre a equipa de saúde e a família, incluindo médicos, enfermeiros especialistas e psicólogos. Destacam a importância de

ajustar a frequência das visitas ao estado da pessoa doente e reforçar a equipa conforme necessário, com a possibilidade de regresso ao internamento hospital. A empatia, cumplicidade e experiência dos profissionais são essenciais, assim como a assertividade e a sintonia com o cuidador para esclarecer dúvidas e ajudar a preparar o seu familiar doente para a vida. A comunicação clara e o profissionalismo são fundamentais para garantir a confiança e a eficácia dos cuidados, proporcionando um suporte adequado ao utente e às famílias.

Assim, a flexibilidade para adaptar o tempo da intervenção às necessidades dos utilizadores, poderá facilitar a melhoria funcional e de sintomatologia aquando da alta, bem como a abordagem horizontal e empática, com tomadas de decisão partilhadas, promovendo a inclusão da família no tratamento (Vázquez et al., 2023).

Por sua vez, os utentes consideram crucial o apoio diário dos enfermeiros e a articulação eficaz entre enfermeiros e psiquiatras. Sugerem que as consultas com o psiquiatra devem ser em privado e que as visitas da equipa devem ser faseadas e ajustadas às suas necessidades, embora reforcem a importância da visita diária do enfermeiro. A presença constante de outros profissionais, como médicos, psicólogos e assistentes sociais, é vista como essencial. Consideram a articulação entre a família e os médicos que deve ser forte, com a família vista como um parceiro nos cuidados. A criação de novas rotinas é valorizada, bem como o apoio emocional e a ajuda na organização do dia e na administração da medicação, são elementos fundamentais para a sua recuperação e bem-estar.

Esta visão também se encontra alinhada com a literatura, uma vez que estão descritos sentimentos de apoio, alívio, conforto, compreensão, individualidade, personalização, ajuda, respeito, segurança, confiança e empatia com os utentes que vivenciaram internamento em HDP (Giménez-Díez et al., 2020).

Integrando estas perspetivas, a HDP emerge como um modelo de organização de cuidados que requer uma intervenção multidisciplinar e integrada, com equipas fixas para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados. A articulação eficaz entre a equipa de saúde e a família é fundamental, com profissionais qualificados e empáticos que, numa relação de proximidade, podem ajustar a frequência das visitas e fornecer um

suporte contínuo das suas intervenções. A confiança, a relação terapêutica e a comunicação clara são pilares essenciais para o sucesso da HDP, garantindo que os cuidados em casa sejam tão eficazes como os cuidados hospitalares.

Do ponto de vista dos aspetos convergentes e divergentes entre todos os participantes destacam-se:

### **Aspetos Convergentes**

1. Intervenção Multidisciplinar: Todos os grupos concordam com a importância de uma equipa de saúde multidisciplinar para garantir cuidados abrangentes e de qualidade. Isto inclui médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais trabalhando em conjunto de forma integrada. Destaca-se também a necessidade de manter equipas fixas, evitando a rotatividade para desenvolver relações fortes de confiança e garantir a continuidade dos cuidados.

2. Relação Terapêutica e Confiança: Há consenso sobre a necessidade de uma boa relação terapêutica entre os profissionais de saúde, os utentes e as famílias. Características como empatia, paciência, respeito, compaixão e capacidade de ouvir são vistas como essenciais para o sucesso do tratamento em casa.

3. Continuidade e Qualidade dos Cuidados: Todos concordam que a HDP deve garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados, com monitorização regular e ajustada às necessidades individuais dos utentes, incluindo a vigilância do regime terapêutico, a adequação das intervenções e a supervisão contínua na evolução do tratamento.

### **Aspetos Divergentes**

1. Frequência e Natureza das Visitas Domiciliárias: Existem diferenças na opinião sobre a frequência e a natureza das visitas domiciliárias. Enquanto alguns participantes defendem visitas diárias por diversos profissionais, outros preferem visitas mais espaçadas, ajustadas ao estado de saúde e à fase do tratamento do utente.

2. Flexibilidade e Autoridade: Há divergências sobre como a autoridade e a flexibilidade devem ser equilibradas nos cuidados em casa. Enquanto algumas

abordagens priorizam a autoridade e a experiência dos profissionais, outras valorizam a flexibilidade e a adaptação ao contexto e às necessidades específicas do utente e da família.

### **Aspetos Complementares**

1. Competências Familiares: A HDP oferece uma oportunidade para capacitar as famílias com conhecimentos e capacidades que melhoram o cuidado ao utente e facilitam a aceitação da doença. Isso pode incluir o treino na toma de medicação, a supervisão de atividades diárias e apoio emocional.

2. Ambiente Terapêutico: A HDP permite que os cuidados sejam personalizados e adaptados ao contexto familiar e às necessidades individuais dos utentes. As intervenções podem ser ajustadas de acordo com o ambiente domiciliário, oferecendo um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa.

3. Inovação: A HDP representa uma mudança de paradigma que desafia as práticas tradicionais de cuidados hospitalares. A necessidade de preparação e adaptação dos profissionais, juntamente com o apoio e a aceitação da família, contribui para a evolução de um modelo de organização de cuidados mais inclusivo e participativo.

### **O papel do Enfermeiro Gestor no âmbito da HDP**

Sobre a importância da figura do EG na contribuição para o desenvolvimento da HDP em Portugal, foi apenas questionada ao grupo dos peritos, uma vez que são os participantes com maior conhecimento sobre aspetos da organização da carreira e das competências profissionais dos enfermeiros. De um modo geral, o EG foi considerado uma figura central na defesa, implementação e desenvolvimento da HDP. Segundo os peritos, o EG deve atuar como um elemento intermediário nas organizações de saúde, ajudando a traduzir os modelos de gestão em saúde para a prática clínica, encontrando soluções específicas para os desafios da HDP e ajustando a sua linguagem e abordagem para melhor integrá-la na prática clínica diária. Além disso, sugerem que os EG aumentem

e integrem a sua literacia em gestão e em saúde mental, capacitando-se assim para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área de especialidade.

Para uma implementação e desenvolvimento da HDP bem-sucedida, é necessário construir um modelo de cuidados ajustável, aplicar ferramentas ou escalas de avaliação, adquirir recursos, realizar formações, melhorar os serviços e utilizar alavancas políticas e normativas que permitam legitimar a HDP, defendendo os direitos das pessoas com doença mental (Lloyds-Evans et al., 2018; Johnson et al., 2022). O EG desempenha um papel importante na implementação e no desenvolvimento da HDP, promovendo a formação contínua dos profissionais e a aplicação de padrões de qualidade em busca de aperfeiçoamento, melhoria e aquisição de novos conhecimentos.

Como agente da transformação cultural nas organizações hospitalares, o EG tem a responsabilidade de estimular o trabalho em equipa, focado na pessoa, e promover a humanização dos cuidados. Isso inclui a gestão e organização dos cuidados de maneira a que sejam compatíveis com a equipa, com o serviço e com a instituição; comunicar e partilhar conhecimentos entre os membros da equipa; aprimorar as intervenções de enfermagem valorizando a prestação dos cuidados; tomar decisões considerando as contribuições de cada membro da equipa e envolver os profissionais na dinâmica da organização; além de oferecer formação contínua e coerente com as necessidades do serviço e da equipa (Ferreira, 2015).

Também a vertente de *marketing* é crucial para que os EGs criem sinergias e apresentem a ideia de HDP aos CAs, convencendo-os através das intervenções e indicadores de qualidade e de segurança, dos benefícios deste modelo. A pressão dos utentes e famílias, agindo como lobby, também é um recurso importante que os EG podem utilizar para sensibilizar os profissionais de saúde e criar um ambiente mais recetivo à HDP. Devem ainda, fomentar a criação de espaços de discussão para integrar diferentes visões e conhecimentos, garantindo a aplicabilidade prática da HDP. Segundo Snow (2019), os EG estão bem posicionados para identificar e gerar novos avanços nos cuidados, inspirando uma cultura de inovação, usando ferramentas criativas, projetos de melhoria da qualidade e partilhas nos CAs.

Do ponto de vista dos aspetos convergentes, divergentes e complementares, no grupo dos peritos, destacam-se:

### **Aspetos Convergentes**

1. A Organização: Os EG são descritos como uma 'dobradiça fundamental' nas organizações, atuando como uma ligação entre as equipas de saúde e os conselhos de administração. Este papel de intermediário é amplamente reconhecido como essencial para a comunicação e implementação de estratégias, tendo a capacidade de influenciar as decisões dos CAs, convencendo-os da importância de novas abordagens nos cuidados em saúde mental.

2. Formação: Há um consenso sobre a necessidade de aumentar a literacia dos EG e dos políticos, nas áreas de saúde mental. A formação contínua é vista como fundamental para melhorar a eficácia na gestão e implementação de cuidados em HDP. Existe um reconhecimento de que as instituições académicas têm um papel importante em formar profissionais e documentar resultados de novas práticas.

3. Comunicação: Os EG são vistos como figuras chave na promoção de espaços de discussão e na sensibilização das equipas para novas ideias e práticas, tendo a capacidade de criar sinergias e trabalhar em conjunto com outros gestores e profissionais.

### **Aspetos Divergentes**

1. Indicadores de Resultado: Há uma perceção de que os indicadores de resultado em saúde mental podem diferir dos tradicionais, como os ganhos financeiros, especialmente quando comparados a outras áreas de especialidade. Esta visão pode não ser universalmente aceite e pode gerar divergências em relação à avaliação de eficácia.

2. Recursos: Embora exista reconhecimento do papel crítico dos EG, a disponibilidade de recursos, nomeadamente humanos e financeiros, pode ser limitada, e nem todos concordam sobre a adequação destes recursos para implementar mudanças eficazes.

## **Aspetos Complementares**

1. Marketing: A ideia de usar estratégias de *marketing* para disseminar o valor dos cuidados em saúde mental, tornando-os parte essencial dos serviços de saúde, complementa a necessidade de sensibilização e formação contínua.

2. Interação: O EG é influenciado pelos profissionais com quem trabalha, o que sugere uma relação de interdependência e colaboração que complementa a liderança estratégica do gestor.

3. Novas Ideias: Os EG têm um papel importante na integração de diferentes visões e conhecimentos da prática diária, complementando a necessidade de discussão e adaptação contínua nas equipas.

Desta forma, os EGs necessitam de estar conscientes do valor e dos benefícios da HDP, não apenas em termos financeiros, mas também em termos de qualidade de vida e bem-estar dos utentes. A capacidade de justificar e defender os ganhos da HDP, mesmo quando não são imediatamente evidentes, é essencial para a sua sustentabilidade e aceitação.

Apresenta-se de seguida, a Figura 3, que resume por categorias identificadas, os aspetos convergentes, divergentes e complementares de forma sistematizada.

**Figura 3**

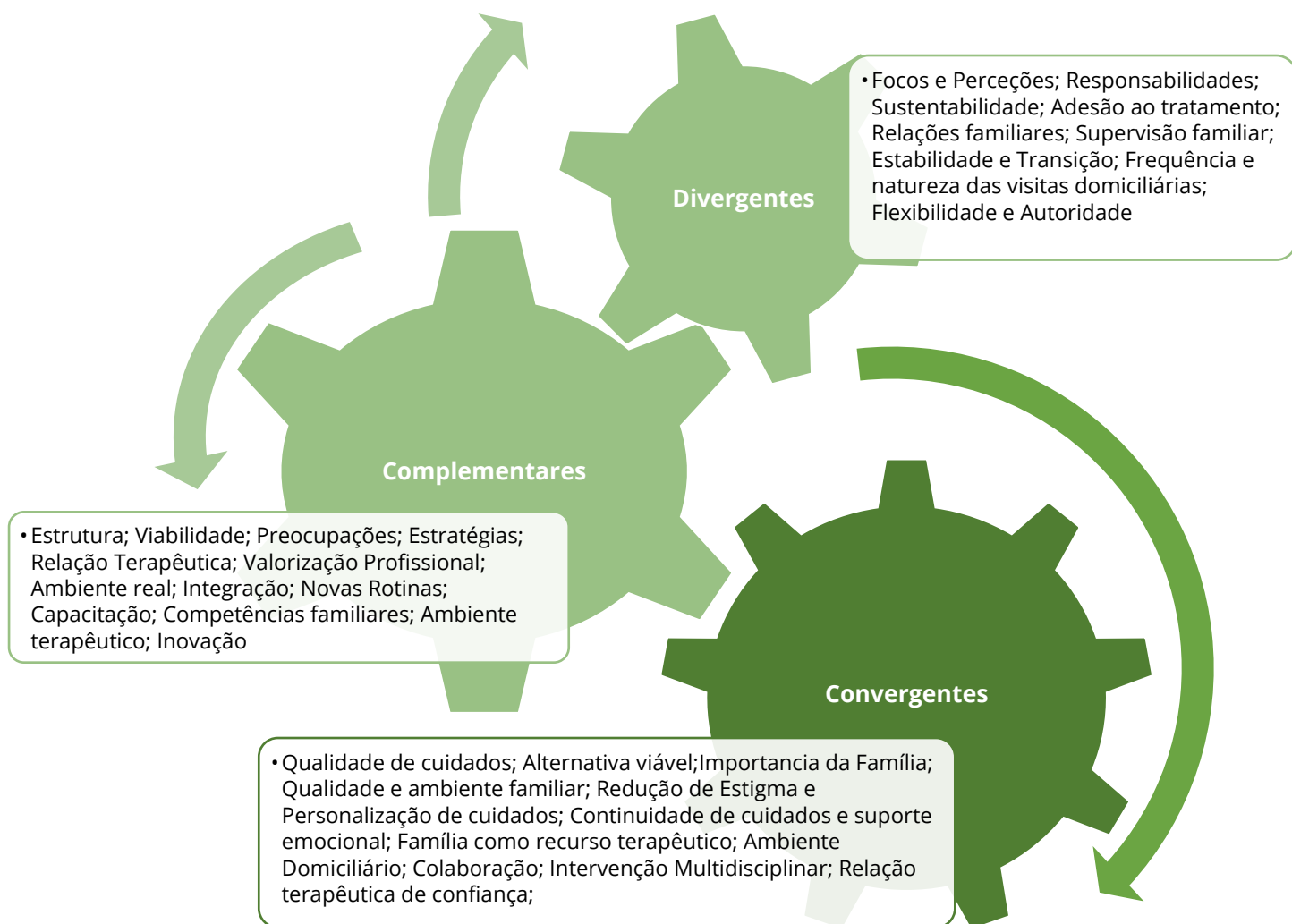
*Síntese da Triangulação por Categorias*

Modelo e Conceito	<ul style="list-style-type: none"><li>• ▼ Qualidade de cuidados; Alternativa viável; Importância da família</li><li>• ↔ Focos e Percepções da HDP; Responsabilidades</li><li>• ⊂ Estrutura; Viabilidade; Preocupações</li></ul>
Vantagens e Desafios	<ul style="list-style-type: none"><li>• ▼ Qualidade e ambiente familiar; Redução de estigma e personalização de cuidados; Continuidade de cuidados e suporte emocional</li><li>• ↔ Responsabilidades; Sustentabilidade; Adesão ao tratamento; Relações familiares</li><li>• ⊂ Estratégias; Relação terapêutica; Valorização profissional; Ambiente real</li></ul>
Impacto Familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>• ▼ Família como recurso terapêutico; Ambiente domiciliário; Colaboração</li><li>• ↔ Supervisão familiar; Estabilidade e Transição</li><li>• ⊂ Integração; Novas rotinas; Capacitação</li></ul>
Gestão e Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"><li>• ▼ Intervenção multidisciplinar; Relação terapêutica e de confiança; Continuidade e qualidade de cuidados</li><li>• ↔ Frequência e natureza das visitas domiciliárias; Flexibilidade e Autoridade</li><li>• ⊂ Competências familiares; Ambiente terapêutico; Inovação</li></ul>
Papel do Enf. Gestor	<ul style="list-style-type: none"><li>• ▼ Organização; Formação; Comunicação</li><li>• ↔ Indicadores de resultado; Recusos</li><li>• ⊂ <i>Marketing</i>; Interação; Novas ideias</li></ul>

De forma a agrupar todos os aspetos identificados, apresenta-se na Figura 4, como uma engrenagem que pode impulsionar o desenvolvimento da HDP, uma vez que é feita de peças convergentes, divergentes e complementares, onde cada movimento depende do outro. E são precisamente as peças divergentes que, com sua fricção e desafio, estimulam a reflexão e trazem a dinâmica necessária para aprimorar a própria engrenagem, garantindo que o sistema avance de forma equilibrada e inovadora.

**Figura 4**

*Triangulação dos Dados*



Por último, e de forma a resumir os princípios contributos dos participantes neste estudo, apresenta-se a Figura 5:

**Figura 5**

*Contributos dos participantes do estudo*

Peritos	Familiars	Utentes
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervenção multidisciplinar e integrada</li><li>• Equidade; Estabilidade; Critérios</li><li>• Politicas de Saúde e Mudança de mentalidades</li><li>• Capacitação Familiar</li><li>• Informação/Continuidade/Tecnologia/Reconhecimento</li><li>• Competências Profissionais/Complexidade</li><li>• Desenvolvimento de Indicadores/ Estudo Piloto/Investigação-Ação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoio Contínuo e Articulação com Profissionais</li><li>• Responsabilidade e Sustentabilidade<ul style="list-style-type: none"><li>• Empatia e Profissionalismo</li></ul></li><li>• Apoio e redução da Sobrecarga<ul style="list-style-type: none"><li>• Suporte emocional/Confiança /Conforto</li></ul></li><li>• Estabilidade e Transição</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrutura e Suporte Familiar<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitação e Compreensão</li></ul></li><li>• Supervisão e Apoio Diário;<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente Familiar/Conforto/Segurança;</li></ul></li><li>• Empatia e Comunicação/Relação Terapêutica e de Confiança</li><li>• Responsabilidades e Rotinas<ul style="list-style-type: none"><li>• Flexibilidade e Adaptabilidade;</li></ul></li><li>• Redução do Estigma</li></ul>

## 2.3 Implicações para a Gestão em Enfermagem

A HDP é um modelo de organização de cuidados de saúde mental que se apresenta como uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, permitindo que os utentes recebam tratamento no conforto das suas casas. Este modelo oferece múltiplos benefícios, como por exemplo a promoção de um ambiente familiar e a redução do estigma associado aos internamentos psiquiátricos. Contudo, a implementação e o desenvolvimento eficaz da HDP em Portugal, requerem uma análise cuidadosa de vários fatores externos que podem influenciar o seu sucesso. Neste contexto, a análise PEST AL – que abrange os fatores Políticos, Económicos, Sociais, Tecnológicos, Ambientais e Legais (Gupta, 2013) – é considerada uma ferramenta valiosa da GE, para compreender os desafios e oportunidades associados a este contexto inovador.

Apresenta-se a discussão dos resultados obtidos através da PEST AL, em que se revela os principais pontos de atenção e as estratégias necessárias para promover a eficácia e a aceitação da HDP em Portugal, assegurando que os cuidados prestados sejam de alta qualidade, humanizados e sustentáveis.

### **Fatores Políticos**

A implementação da HDP está fortemente condicionada pelo apoio político e institucional. Em Portugal, as políticas de saúde têm vindo a evoluir no sentido de integrar novas abordagens que promovam a desinstitucionalização e a proximidade dos cuidados de saúde na comunidade (Xavier et al., 2021, 2024). A atual Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM), em 2023, apresentou pela primeira vez a importância da alternativa ao internamento hospitalar no seu manual de implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias (Gago et al., 2023), abrindo espaço para o desenvolvimento da HDP através da criação de equipas comunitárias de modelo B.

Para operacionalizar estes modelos, e de acordo com as características das equipas comunitárias de saúde mental (ECSM), torna-se fundamental estruturar programas horizontais de cuidados integrados que promovam o trabalho multidisciplinar de forma coordenada com a equipa em articulação com as estruturas na comunidade, estimulando o envolvimento dos doentes e das famílias, centrados nas respostas às suas necessidades

(Gago, et al., 2023). No entanto, para que este modelo de cuidados se torne uma realidade, é essencial que exista um compromisso político claro que garanta financiamento adequado e recursos humanos capacitados, uma vez que na saúde mental existe uma responsabilidade partilhada com outras áreas de intervenção, como o trabalho e a segurança social, a educação, a justiça, o ambiente, o planeamento urbano e a habitação (Xavier et al., 2024).

A GE desempenha um papel crucial na promoção e defesa da HDP junto dos decisores políticos, uma vez que devem assumir um papel ativo na advocacia por políticas, programas e estratégias que apoiem a recuperação e o bem-estar das pessoas com doença mental, enquadrando neste caso a HDP de forma a destacar os seus benefícios, mas também para a sustentabilidade do sistema de saúde. A pressão social exercida por utentes e famílias também pode ser um catalisador para a mudança, influenciando a agenda política e garantindo que a HDP seja vista como uma prioridade, no âmbito das suas políticas de saúde. (Xavier et al., 2024).

Assim, de acordo com Gago (2023) a integração de serviços comunitários de saúde mental, como a HDP, requer uma reorganização dos serviços de saúde mental existentes, bem como o envolvimento ativo dos profissionais de saúde, sublinhando a necessidade de colaboração entre diferentes setores governamentais e organizações não governamentais, para criar um sistema de saúde mental coeso e integrado. O EG posiciona-se assim na vanguarda da criação de regulamentação e de normas de orientações alinhadas com aspetos legais, políticos, económicos e sociais para a implementação e desenvolvimento da HDP em Portugal, de forma sustentável e a longo prazo.

### **Fatores Económicos**

Do ponto de vista económico, sabemos que HDP tem o potencial de aliviar a carga financeira sobre os hospitais ao reduzir a necessidade de internamentos prolongados, sendo os custos associados ao internamento hospitalar substanciais, e a transição para um modelo de cuidados domiciliários pode resultar em poupanças significativas (Wheeler et al., 2015; Stulz et al., 2020). No entanto, é importante reconhecer que a implementação de uma HDP requer um investimento inicial considerável em tecnologia, formação de

profissionais e infraestruturas para garantir que os cuidados prestados em casa sejam de alta qualidade (Johnson et al. 2022).

É certo que o subfinanciamento tem sido um obstáculo à reforma da saúde mental, sendo o modelo de contratualização e de pagamento das intervenções excessivamente centrado em profissionais médicos e orientado quase exclusivamente para linhas de produção hospitalar sem se refletir na valorização de outros profissionais de saúde nem nas atividades de base comunitária (Xavier et al., 2024). Desta forma, estabeleceu-se como prioridade a obtenção de uma linha de financiamento para investimento (Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)) e a criação de um modelo de financiamento, os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) em psiquiatria e saúde mental. Também através do despacho nº5609/2021, foi realizada a cedência gratuita de medicamentos antipsicóticos em contexto de acompanhamento pelos serviços do SNS.

Para que a HDP em Portugal, seja economicamente viável e benéfica, é crucial desenvolver estratégias de gestão financeira eficazes que assegurem a alocação eficiente dos recursos, promovam a formação contínua dos profissionais de saúde em gestão e liderança, e criem oportunidades de emprego no setor dos cuidados domiciliários, impulsionando ainda o desenvolvimento económico local.

### **Fatores Sociais**

Os fatores sociais são um elemento central na aceitação e no sucesso de uma HDP, permitindo cuidados num ambiente familiar, o que pode melhorar significativamente a qualidade de vida e promover uma recuperação mais rápida dos utentes e familiares.

Um dos principais desafios sociais associados à HDP é a redução do estigma ligado ao internamento psiquiátrico. Muitas vezes, os internamentos em instituições psiquiátricas são associados a um estigma social negativo, que pode impactar negativamente a saúde mental dos utentes. A HDP, ao permitir que os cuidados sejam prestados no domicílio, ajuda a reduzir este estigma, promovendo uma visão mais positiva e integrativa dos cuidados de saúde mental (CNS, 2019).

A educação e a sensibilização são essenciais para a aceitação social da HDP. Campanhas de sensibilização que informem as famílias e a comunidade sobre os benefícios deste modelo de organização de cuidados podem ajudar a fomentar uma maior aceitação social e uma redução do estigma associado às doenças mentais. Além disso, é vital que os profissionais de saúde estejam preparados para adotar uma abordagem centrada na pessoa, que valorize a participação ativa dos utentes e das famílias no processo de cuidados. Gago et al. (2023) destacam a importância de envolver a comunidade na prestação de cuidados de saúde mental, promovendo a inclusão social dos utentes.

Assim, a HDP em Portugal, pode facilitar a continuidade dos cuidados no domicílio, pode ajudar a integrar os utentes na sua comunidade e pode também promover a coesão social e o bem-estar emocional.

### **Fatores Tecnológicos**

A tecnologia desempenha um papel essencial na viabilização da HDP. O uso de tecnologias de monitorização e vigilância permite que os profissionais de saúde acompanhem o estado dos utentes de forma remota, assegurando que os cuidados são prestados de forma contínua e integrada. Ferramentas como a telemedicina, dispositivos de monitorização remota e plataformas digitais de comunicação podem facilitar a interação entre os utentes e a equipa de saúde, garantindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades dos utentes (Gago et al. 2023).

A inovação tecnológica é fundamental para superar desafios como a dispersão geográfica e a necessidade de vigilância contínua, sendo fundamental a capacitação técnica dos profissionais de saúde. A formação contínua em tecnologias de saúde digital e a familiarização com novas ferramentas e sistemas de tecnologias de informação, são essenciais para garantir que os profissionais aumentem conhecimentos em literacia digital e se sintam preparados para prestar cuidados de alta qualidade em ambiente domiciliário. Torna-se assim importante investir em tecnologia de ponta para melhorar a monitorização e a gestão dos cuidados, uma vez que a utilização de sistemas de informação integrados pode facilitar a coordenação dos cuidados entre diferentes

profissionais e serviços, assegurando que os utentes recebem um tratamento seguro (CNS, 2019).

### **Fatores Ambientais**

Os fatores ambientais associados à HDP incluem os benefícios para a sustentabilidade ambiental e a redução da pegada ecológica dos cuidados de saúde. Ao permitir que os utentes recebam tratamento no domicílio, a HDP reduz a necessidade de transporte frequente para os hospitais, diminuindo as emissões de carbono associadas a estas deslocações. Além disso, a permanência dos utentes no ambiente familiar contribui para uma menor utilização de recursos hospitalares, o que tem um impacto positivo no ambiente. A HDP também pode promover a sustentabilidade ao reduzir a necessidade de infraestruturas hospitalares e por camas hospitalares nos serviços de internamento, de forma que os hospitais concentrem os seus recursos em áreas onde são mais necessários, promovendo uma utilização mais eficiente dos seus serviços.

Gago et al. (2023), sugerem que a integração de serviços comunitários de saúde mental, como a HDP, pode contribuir para a sustentabilidade ambiental ao promover práticas de saúde mais ecológicas e eficientes. A promoção de cuidados de saúde sustentáveis é essencial para garantir que os sistemas de saúde sejam capazes de responder às necessidades atuais sem comprometer a capacidade ambiental das futuras gerações.

### **Fatores Legais**

A implementação da HDP em Portugal requer uma cuidadosa conformidade com as regulamentações legais e de saúde para garantir que os cuidados prestados sejam seguros, éticos e respeitem os direitos dos utentes. Para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde mental, é fundamental definir critérios clínicos claros e garantir a conformidade com as normas legais. Isso inclui a necessidade de estabelecer diretrizes específicas sobre as condições de admissão, monitorização e alta dos utentes na HDP, assegurando que os cuidados sejam integrados e articulados com a comunidade, através de regulamentos, normas e orientações clínicas publicáveis. Sendo a segurança dos utentes uma prioridade, é imperativo implementar também medidas para garantir

que os cuidadores estão devidamente qualificados e preparados para responder em situações de crise e saibam como e onde recorrer nestas situações.

Nos últimos 20 anos, a legislação em saúde mental em Portugal permitiu avanços importantes em várias dimensões, como a organização dos serviços locais de saúde mental (SLSM), o cumprimento dos direitos humanos e a regulamentação do internamento involuntário. Contudo, apesar destes progressos, a implementação de um modelo organizativo de prestação de cuidados, alinhado com os padrões de outros países da Europa Ocidental, não se concretizou de forma generalizada, devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ao estigma associado às doenças mentais, aos problemas económicos e às assimetrias regionais, que continuam a ser barreiras significativas, impedindo que as populações recebam cuidados de qualidade de maneira homogénea (Xavier et al., 2024).

Nos últimos anos, foram feitas diversas alterações legislativas e regulamentares, como a revisão da organização dos SLSM (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro), a atualização da tabela de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de saúde mental (Portaria 176/2022 de 7 de julho) e a promulgação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), além da definição de planos de ação concretos para cada medida. Essas mudanças são parte de uma reconfiguração legislativa essencial para a reforma da saúde mental em Portugal.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 113/2021, os SLSM começaram a reorganizar progressivamente os seus recursos humanos para formar as ECSM, conforme o modelo organizativo preconizado nesta legislação. Este trabalho encontra-se sob a orientação da CNPSM e em estreita articulação com as Coordenações Regionais de Saúde Mental (CRSM), que são responsáveis pela implementação regional das políticas nacionais de saúde mental.

O modelo legislativo de organização das políticas de saúde mental no país, nomeadamente a revisão estabelecida no Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, representa um marco crucial para a reforma da saúde mental. Esta reconfiguração permite o início da implementação de um modelo organizativo de prestação de cuidados que está em linha com os dos outros países da Europa Ocidental, aproximando Portugal

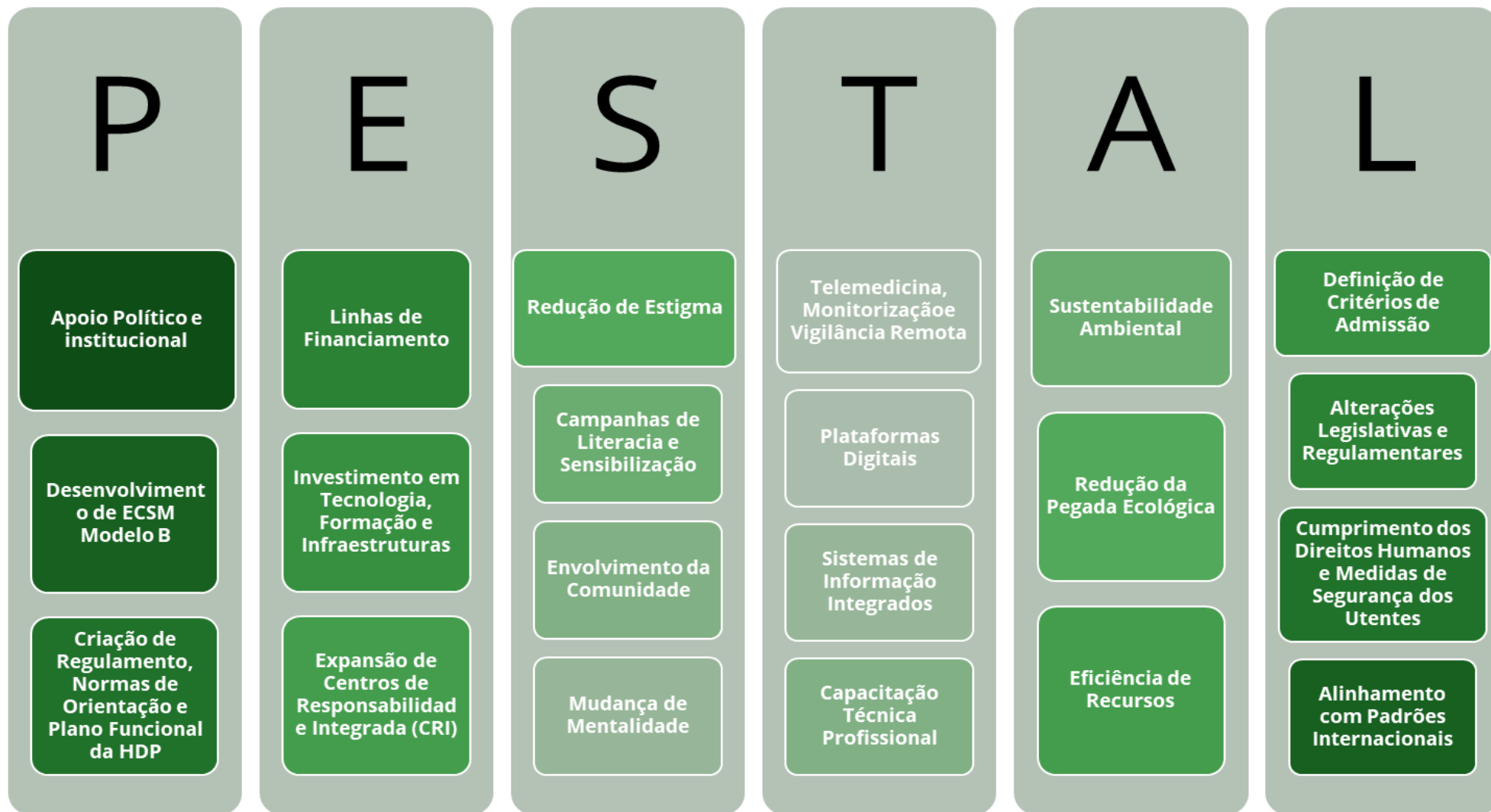
dos padrões internacionais de cuidado em saúde mental e melhorando a qualidade e a equidade dos serviços prestados à população (Xavier et al., 2024).

Assim, a implementação da HDP em Portugal depende de uma abordagem integrada que considere não apenas o alinhamento com as regulamentações legais, mas também da adaptação e reorganização contínua dos serviços de saúde mental, da formação adequada dos profissionais e do envolvimento das comunidades locais. Estes esforços combinados podem garantir que os cuidados de saúde mental sejam acessíveis, de alta qualidade e adaptados às necessidades individuais dos utentes em todo o país.

A análise PEST AL dos dados (Figura 6) revela que a implementação e o desenvolvimento da HDP em Portugal são influenciados por uma variedade de fatores políticos, económicos, sociais, tecnológicos, ambientais e legais. A gestão eficaz em enfermagem deve abordar todos estes fatores, promovendo a criação de políticas adequadas, assegurando recursos e suporte financeiro, facilitando a aceitação social e familiar, integrando inovações tecnológicas, adaptando o ambiente domiciliário e garantindo os direitos dos utentes. Este enfoque multidimensional é essencial para a implementação bem-sucedida e para o desenvolvimento sustentável da HDP em Portugal.

Figura 6

Análise PESTAL do desenvolvimento da HDP em Portugal



## CONCLUSÃO

A presente investigação analisou os contributos de utentes, familiares e peritos para o desenvolvimento da HDP em Portugal, focando os benefícios, os desafios e o potencial de implementação deste modelo de cuidados. Através de uma metodologia qualitativa com triangulação de dados, foram recolhidas perspetivas diversificadas, permitindo identificar facilitadores e barreiras na aplicação da HDP no contexto português. A realização da triangulação dos dados obtidos dos três grupos de participantes deu mais robustez à profundidade da análise nas categorias obtidas, com ênfase nos aspetos convergentes, divergentes e complementares.

Evidenciou-se que a HDP representa uma alternativa eficaz ao internamento hospitalar tradicional, promovendo a transição e continuidade dos cuidados no ambiente familiar e contribuindo para a redução de complicações hospitalares e desestruturação emocional, enquanto garante um acompanhamento próximo e ajustado à realidade dos utentes. A participação ativa da família mostrou-se essencial para o suporte emocional e para a adesão ao tratamento, embora tenha sido identificada a necessidade de maior formação e apoio aos familiares para que desempenhem o papel de parceria nos cuidados.

No que se refere à GE, os resultados destacam a importância de uma liderança robusta e adaptável por parte dos enfermeiros gestores, sendo fundamental a gestão de recursos humanos, a coordenação de equipas multidisciplinares e a implementação de práticas baseadas em evidências para o sucesso da HDP. A liderança transformacional, que promove a inovação e a adaptação às necessidades dos utentes, foi especialmente valorizada pelos participantes do estudo, no entanto, foram identificadas barreiras como a escassez de recursos financeiros e a necessidade de formação específica dos profissionais, sendo a articulação entre os serviços de saúde mental e a HDP também um desafio a superar. Contudo, o êxito da implementação da HDP requer uma análise criteriosa dos dados, baseados em evidências científicas, e decisões ponderadas, considerando que este modelo de organização de cuidados ainda é inexistente em Portugal. A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio deve ser cuidadosamente planeada, organizada, dirigida e controlada, garantindo práticas seguras e de elevada

qualidade. Cabe assim ao EG criar as condições adequadas para implementar as melhores práticas nesse ambiente domiciliário.

Com a análise PEST AL evidenciou-se que o sucesso da HDP depende de uma compreensão aprofundada dos fatores macro-ambientais, como políticas de saúde mental, evolução tecnológica e mudanças sociais e culturais, que influenciam a sua adaptação ao contexto português. Assim, torna-se imprescindível ajustar as práticas de GE para maximizar a eficácia e a aceitação da HDP em Portugal.

Considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados, uma vez que se conseguiram identificar os contributos dos diversos participantes no estudo, para o desenvolvimento da HDP e compreender os desafios da sua implementação em Portugal.

No entanto, o estudo enfrentou algumas limitações, como a escassez de dados quantitativos nos estudos utilizados como fonte teórica, que complementassem os presentes achados qualitativos e a limitada literatura específica sobre o papel da enfermagem na HDP. Futuras investigações sobre a HDP devem focar-se em áreas que complementem as lacunas identificadas neste estudo, contribuindo para uma implementação mais eficaz e abrangente.

No que diz respeito ao futuro, em primeiro lugar, sugere-se a realização de estudos quantitativos e de custo-benefício que avaliem o impacto económico da HDP em Portugal, analisando detalhadamente os custos associados à sua implementação em comparação com o internamento hospitalar convencional. Este tipo de investigação permitirá uma melhor compreensão da relação custo-benefício da HDP, demonstrando o seu potencial de sustentabilidade financeira para o SNS. Além disso, há uma necessidade urgente de explorar a experiência dos familiares, especialmente no seu papel de parceria de cuidados durante a HDP. A continuação da realização de estudos qualitativos pode aprofundar as dificuldades sentidas pelos familiares na adaptação a este papel, bem como as estratégias que podem ser implementadas para melhorar o suporte e a formação oferecidos a estes cuidadores. Este conhecimento é essencial para desenvolver programas de capacitação que garantam uma melhor integração dos familiares no plano terapêutico.

Outra linha de investigação recomendada é a análise da eficácia da HDP em diferentes regiões de Portugal, considerando as especificidades culturais, geográficas, sociais e económicas de cada contexto. Este tipo de investigação pode identificar adaptações necessárias para a expansão da HDP de forma equitativa, garantindo que o modelo seja implementado de maneira eficiente em diversas realidades, avaliando-se simultaneamente o impacto da HDP na redução da sobrecarga dos serviços de saúde mental. Uma última recomendação para futuras investigações é a construção de um modelo de cuidados padronizado para a HDP em Portugal. Este modelo deve ser desenvolvido com base em evidências científicas e nas melhores práticas internacionais, adaptando-se à realidade portuguesa e integrando elementos essenciais como a abordagem centrada no utente, a intervenção multidisciplinar e a utilização de tecnologias de monitorização remota. A criação de um modelo de cuidados estruturado permitirá que as unidades de HDP sigam diretrizes claras, assegurando consistência e qualidade nos cuidados prestados em todo o país.

As implicações deste estudo para a prática de enfermagem são significativas, dado que a HDP exige uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a continuidade dos cuidados, onde o papel do enfermeiro é essencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. A HDP também sublinha a importância das competências de GE, uma vez que os enfermeiros gestores têm um papel central na implementação e coordenação deste modelo de organização de cuidados. A gestão eficaz dos recursos humanos, a organização de cuidados complexos em contexto domiciliário e a coordenação de equipas multidisciplinares são fundamentais para garantir o sucesso da HDP em Portugal.

Por fim, a implementação da HDP reforça a necessidade de uma gestão da qualidade focada nos resultados em saúde e na satisfação dos utentes e seus familiares. A aplicação de indicadores de qualidade e a avaliação contínua das práticas de enfermagem garantem que os cuidados prestados no domicílio sejam equiparados aos oferecidos em ambiente hospitalar, assegurando a segurança e o bem-estar dos utentes. A prática de enfermagem, assim, beneficia diretamente de uma gestão robusta, orientada para a excelência, que não apenas promove a melhoria dos cuidados em saúde mental,

mas também valoriza o papel dos enfermeiros como líderes na transformação do sistema de saúde.

Assim, considera-se que a HDP transcende o simples cuidado clínico, revelando-se como um verdadeiro valor na vida das pessoas, ao devolver-lhes a dignidade do tratamento no seu lar; na vida das famílias, ao fortalecer laços e promover um suporte emocional mais próximo; e nas instituições, ao abrir caminho para uma nova era de cuidados humanizados, sustentáveis e integrados, onde cada gesto de cuidado é um passo em direção a uma saúde mental mais inclusiva e transformadora.

A HDP representa um valor inestimável na vida das pessoas com doença mental, das famílias e das instituições, pois equilibra a certeza de um cuidado personalizado e humanizado com a incerteza dos desafios de cada história e contexto. É no lar que os utentes encontram a segurança da presença familiar e o conforto da continuidade dos cuidados, enquanto as instituições se abrem para novas possibilidades, enfrentando o desconhecido com inovação e coragem, construindo um futuro em que a dignidade e a qualidade de vida são sempre o ponto de partida e a meta final.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2015). Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alves M., (2016), *Hospital at Home: A Realidade Dentro e Fora de Portugal*. RevSoc Med Intern; 23:40-3.
- Anunciada, S. & Lucas, P. (2021). Nursing Practice Environment in a Hospital Context: Integrative Review. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 145–154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Associação Médica Mundial, Declaração de Helsínquia - 1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008.
- Azevedo P. A hospitalização Domiciliária na Pandemia COVID-19. (2020) *Gazeta Méd.*2: 132-7. doi: 10.29315/gm.v7i2.356
- Barbour, R. (2009) Grupos focais. Tradução Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2022). Análise de conteúdo – Edição revista e atualizada. 5ª Edição. Edições 70. ISBN 978- 972-44-1506-2
- Batista, EC., Matos, LAL., Nascimento, AB. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980-7031
- Baumann, A., Conseil international des infirmières, & Journée internationale des infirmières (2007). *Positive practice environments: quality workplaces*. International Council of Nurses.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J. F. (2012). Principles of biomedical ethics. 7ª ed. New York: Oxford University Press.
- Beudet O. (2024). Nursing Innovation: A Positive Disruption. *The Journal of nursing administration*, 54(4), 191–192. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001406>
- Begum, R., & Riordan, S. (2016). Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 45–53. <https://doi.org/10.1111/jpm.12276>

- Birken, M., & Harper, S. (2017). Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(7), 409–416. <https://doi.org/10.1177/0308022617697995>
- Biron, A.D., Richer, M.-C. and Ezer, H. (2007), A conceptual framework contributing to nursing administration and research. *Journal of Nursing Management*, 15: 188-196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00661.x>
- Blæhr, E. E., Madsen, J. V., Christiansen, N. L. S., & Ankersen, P. V. (2017). The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(8), 581–588. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1365377>
- Boeckmann. LM. (2023). O uso de checklists como ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas. Trabalho apresentado em I Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde - II Simpósio de Pesquisa em Enfermagem do Distrito Federal. Disponível em: <https://proceedings.science/anais-do-simpe-2018/trabalhos/o-uso-de-checklists-como-ferramentas-de-apoio-na-elaboracao-de-pesquisas-qualita?lang=pt-br>
- Buus, N., & Perron, A. (2020). The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). *International journal of nursing studies*, 102, 103452. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103452>
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (2015). Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta. 316 p. (eUAb. Universitária; 9). ISBN 9789726747598
- Cervello, S., Pulcini, M., Massoubre, C., Trombert, B., Fakra, E. (2019). Do Home-Based Psychiatric Services for Patients in Medico-Social Institutions Reduce Hospitalizations? Pre-Post Evaluation of a French Psychiatric Mobile Team. *Psychiatric Quarterly*. 90. 10.1007/s11126-018-9603-6.
- Chan, S. (2022). Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional. *Medicina Interna*, 29(1), 53–56. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.288>

- Chiavenato I. (2009) Recursos humanos: o capital humano das organizações. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;
- Chiavenato, I. (2008). Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- Chiavenato, I. (2014). Introdução à teoria geral da administração. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
- Cornelis, J., Barakat, A., Blankers, M., Peen, J., Lommerse, N., Eikelenboom, M., Zoeteman, J., Van, H., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. (2022). The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 9(8), 625–635. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00187-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00187-0)
- Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhl, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A., & Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1632-z>
- Coutinho, C.P., (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12(1), 5-15.
- Coutinho, C. P. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática. Almedina
- Creswell, J. W. (2013). "Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches". SAGE Publications.
- Creswell, John, W. and J. David Creswell. (2022). Research Design. SAGE Publications, Inc. (US).
- Cunha, I. C. K. O., & Ximenes Neto, F. R. G. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15 (3), 479-482.
- Cunha, V., Escarigo, M., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P., & Beirão, P. (2017). Hospitalização Domiciliária: balanço de um ano da primeira unidade portuguesa. *Revista de Medicina Interna*, 290-295

Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. [Diário da República n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14](#), páginas 104 - 118

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série –A, N.º 205 (04-09 1996) 2959-2962.

Decreto-Lei nº71/2019 de 27 de maio publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 101 — 27 de maio de 2019, p.2626 – 2642.

Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(4),15-17. doi:10.24950/rspmi/Op/1/2018

Denzin, N. K. (1978). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. 2. ed. New York: Mc Graw-Hill,

Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80–88. <https://doi.org/10.1177/1558689812437186>

[Despacho n.º de dezembro. Diário da República n.º 246/2019, Série II de 2019-12-23, páginas 76 – 7712333/2019, de 23](#)

[Despacho n.º 5609/2021, de 7 de junho. Diário da República n.º 109/2021, Série II de 2021-06-07, páginas 77 - 78](#)

Despacho n.º 9323-A/2018 (2018). Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Assembleia da República. [Diário da República n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03](#),

Direção-Geral de Saúde. (20 de dezembro de 2018). Norma 020/2018. Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Portugal: DGS

[Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08](#), páginas 179 – 182 – Regulamento nº613/2022

Dicicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>

Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Duke, M. & Street, A. (2003), Hospital in the home: constructions of the nursing role – a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 852-859. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00808.x>
- Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. (2024). Admission avoidance hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023), Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência, Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL
- Escoval, A., Duarte Ramos, F., Barros, H., Gonçalves, J., Perelman, J., Lopes, M., Sousa, P., Ferreira, P. L., & Raposo, V. M. (2022). E agora? Relatório de Primavera 2022. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2022/>
- Fernandes, A. B., Santana, A. C. de A., do Nascimento, C. D. L., Rezende, G. U. de M., Melo Júnior, H. G., Martins, P. W. A., Laet, L. E. F., & Lopes, J. M. (2024). Transformational leadership: the role of the leader in building high performance teams. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 16(2), e3335. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n2-025>
- Ferreira C. (2015). Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade. (Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>
- Ferreira, M. (2021). *Hospitalização Domiciliária em Portugal: um novo campo de actuação do Serviço Social hospitalar Home Hospitalization in Portugal: a new field of action in the hospital's Social Work*; Revista Temas Sociais, n. °1, 2021, pp.188-207
- Flick, U. (2013) Introdução à metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Penso, 256 p.
- Fortin, M.F. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. p.4

- Freitas Silva, G. R., Freitas Macêdo, K. N., Brasil de Almeida Rebouças, C., & Alves e Souza, Â. M. (2006). Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2), 246-25
- Gago, J., Pires, A. M., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M.J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a população adulta*. <https://doi.org/10.34619/9afc-ceib>
- Garriga M, Agasi I, Fedida E, PinzónEspinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, Vieta E. (2020) The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic
- Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 246–257. <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>
- Giménez-Díez, D., Maldonado-Alía, R., Torrent-Solà, L., Granel, N., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Nurses' Experiences of Care at Crisis Resolution Home Treatment Teams: A case study research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 48–56. <https://doi.org/10.1111/jpm.12738>
- Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., Marques, C.G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa (1ªed)*. PACTOR. Lisboa
- Gray, J. R., Emeritus, P., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*.
- Gupta, A. (2013). Environmental and pest analysis: An approach to external business environment.
- Haguette, TMF. (1997). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 5a edição. Petrópolis: Vozes.
- Holgensen, K. H., Pedersen, S. A., Brattland, H., & Hynnekleiv, T. (2022). A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(8), 565–574. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2029941>

- Holikatti, P. C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. P., & Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(4), 327–332. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.104817>
- International Council of Nurses (2011) ICN Position statement on nurses and human rights, Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/publications/position-statements](http://www.icn.ch/publications/position-statements)
- International Council of Nurses (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: na evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19 (2), 115-123. Doi: 10.1192/apt.bp.107.004192
- Johnson, S. Needle, J., Bindman, J.P., & Thornicroft, G. (Eds.). (2008). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T. T., Fossey, M., Newbigging, K., Carr, S. E., Hensel, J., Carrà, G., Hepp, U., Caneo, C., Needle, J. J., & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 220–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
- Jorge, A. L. (2022). *Desafios Estratégicos no Setor Público da Saúde: o Caso do Centro Hospitalar de Leiria; Strategic Challenges in the Public Health Sector: The Case of Leiria's Hospital*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/360997918\\_Desafios\\_Estrategicos\\_no\\_Setor\\_Publico\\_da\\_Saude\\_o\\_Caso\\_do\\_Centro\\_Hospitalar\\_de\\_Leiria](https://www.researchgate.net/publication/360997918_Desafios_Estrategicos_no_Setor_Publico_da_Saude_o_Caso_do_Centro_Hospitalar_de_Leiria)
- Julien, H. (2008). Content Analysis. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 120–121). SAGE Publications.
- Klagge, Jay. (2018). Guidelines for Conducting Focus Groups. 10.13140/RG.2.2.33817.47201
- Klein, S. (2018) - «Hospital at Home» programs improve outcomes, lower costs but face resistance from providers and payers. Washington, DC : The Commonwealth Fund.

- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) Focus groups: A practical guide for applied research (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage
- Lake E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Leff, B., DeCherrie, L. V., Montalto, M., & Levine, D. M. (2022). A research agenda for hospital at home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(4), 1060–1069. <https://doi.org/10.1111/jgs.17715>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a [Lei n.º 2/2013](#), de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. [Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16](#), páginas 8059 - 8105
- [Lei nº35/202, 21 de julho, Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexas, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho, Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, páginas 2 – 23](#)
- León-Caballero, J., Córcoles, D., Alba-Pale, L., Sabaté-Gomez, A., Pérez, E., Monteagudo, E., Miguel Martín, L., Pérez, V., & Pacchiarotti, I. (2020). Psychiatric hospitalization at home unit in Spain: clinical and functional outcomes after three years of experience. *Actas españolas de psiquiatria*, 48(3), 138–144.
- León-Caballero, J., Sabaté, A., Roldan, M., González-Fresnedo, A. M., Samos, P., Jerónimo, M. Ángel, ... Córcoles, D. (2022). Burden and satisfaction experienced in relatives and patients during home hospitalisation in psychiatry. *Actas Españolas De Psiquiatria*, 50(5), 226–232. Retrieved from <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1059>
- Leong, M. Q., Lim, C. W., & Lai, Y. F. (2021). Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ open*, 11(1), e043285. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>
- Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., Diamond, K., Pu, C. T., & Schnipper, J. L. (2020). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized

Controlled Trial. *Annals of internal medicine*, 172(2), 77–85. <https://doi.org/10.7326/M19-0600>

Lima, Joilson Souza de., (2018). O Planejamento Estratégico como Ferramenta de Gestão. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 03, Vol. 03, pp. 58-69. ISSN:2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/planejamento-estrategico>, DOI:

10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/administracao/planejamento-estrategico

Lloyd-Evans, B., Paterson, B., Onyett, S., Brown, E., Istead, H., Gray, R., Henderson, C., & Johnson, S. (2018). National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 214–226. <https://doi.org/10.1111/inm.12311>

Lobo, A., Martins, A., Carvalho, A., Santos, M., Monteiro, M., & Rodrigues, V. (2013). Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação. 1ª edição; ISBN: 978-989-97708-2-9.

Loch, A. (2014). 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*, 137. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S35061>

Long, Y., Zhao, N., Li, Y., & Xin, D. A. (2020). Nurses' personal innovation behavior and career success: the mediating role of self-efficacy. *Tianjin Journal of Nursing*, 28(2), 143–146

Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora

Lopes, M., Sousa, L., & Fonseca, C. (2023). Advances in Personalized Nursing Care. *Journal of personalized medicine*, 13(12), 1635. <https://doi.org/10.3390/jpm13121635>

Lv, M., Jiang, S. M., Chen, H., & Zhang, S. X. (2022). Authentic leadership and innovation behaviour among nurses in China: A mediation model of work engagement. *Journal of nursing management*, 30(7), 2670–2680. <https://doi.org/10.1111/jonm.13669>

- Machado, A. L. G., & Vieira, N. F. C. (2020). *Use of WebQDA software on qualitative nursing research: an experience report*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0411>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis A. I. (2016). *The undeaning transition: Toward becoming a former dean*. *Nursing outlook*, 64(2), 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.013>
- Mendes, A. P. (2020). *A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família*. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190056. [http://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt\\_1414-8145-ean-24-01-e20190056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190056.pdf)
- Mitchell, P., & Lang, N. M. (2004). *Framing the problem of measuring and improving healthcare quality. Has the quality outcomes model been useful?* *Medical Care*, 42(2), pp. 111-114.
- Morant, N., Lloyd-Evans, B., Lamb, D., Fullarton, K., Brown, E., Paterson, B., Istead, H., Kelly, K., Hindle, D., Fahmy, S., Henderson, C., Mason, O., Johnson, S., Clarke, M., Driver, S., Edwards, P., Fraser-Jackson, K., Hardy, J., Holmes, K., ... Wallace, G. (2017). *Crisis resolution and home treatment: Stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England*. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research* (2<sup>a</sup> ed. Vol. 16). London: Sage University Paper.
- Mötteli, S., Jäger, M., Hepp, U., Wyder, L., Vetter, S., Seifritz, E., & Stulz, N. (2021). *Home treatment for acute mental healthcare: Who benefits most?*. *Community mental health journal*, 57(5), 828–835. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3>
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective*.
- Mutschler, C., Lichtenstein, S., Kidd, S. A., & Davidson, L. (2019). *Transition experiences following psychiatric hospitalization: A systematic review of the literature*. *Community Mental Health Journal*, 55(8), 1255–1274. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00413-9>

- Niimura, J., Tanoue, M., & Nakanishi, M. (2016). *Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23(9–10), 576–584. <https://doi.org/10.1111/jpm.12341>
- Nortadas, R., Correia Azevedo, P., Cunha, V., & Delerue, F. (2021). *A hospitalização domiciliária e a COVID-19*. Medicina Interna. <https://doi.org/10.24950/rspmi/COVID19/HGO/S/2020>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. (2014) *Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations*. Acad Med. [Internet]. 89(9):1245-1251.
- Oliveira, M.F. (2011). *Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração*. Catalão: UFG, 72 p.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Mental health atlas: 2011*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44697>
- Owen-Smith, A., Bennewith, O., Donovan, J., Evans, J., Hawton, K., Kapur, N., O'Connor, S., & Gunnell, D. (2014). *When you're in the hospital, you're in a sort of bubble*. Crisis, 35(3), 154–160. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000246>
- Pat-Pech, M., & Soto-Morales, E. (2017). *Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería*. Revista De Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 25(2), 119–123
- Portaria n.º 176/2022, de 7 de julho. [Diário da República n.º 130/2022, Série I de 2022-07-07](#), páginas 9 - 10

Porter, M. E. (1985), *The Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. NY: Free Press, 1985. (Republished with a new introduction, 1998.)

Quivy, R & Campenhoudt, L. V. (2017) – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Edição Gradiva. ISBN 978-972-662-275-8.

Rastogi, N., & Trivedi, M. K. (2016). *PESTLE Technique – A tool to identify external risks in construction projects*. International Research Journal of Engineering and Technology, 3(1), 384–388

Rego, A., Cunha, M. P., Gomes, J. F. S., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. A. (2018). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. Edição Sílabo, Lda. 3ª Edição-Lisboa, p. 548

[Regulamento \(UE\) n.º 2016/679, de 27 de abril](#), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados).

Regulamento n.º 101/2015 Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015, p.5948 – 5952

Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018, p.21427 – 21430

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro. [Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30](#), páginas 3478 - 3487

Ressel, L. B., Beck, C. L. C., Gualda, D. M. R., Hoffmann, I. C., Silva, R. M. da, & Sehnem, G.D. (2008). *O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa*. Texto & Contexto - Enfermagem, 17(4), 779–786. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>

Rocha M do C de J, Sousa P, Martins M. (2016) *A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe*. Investig Enferm. Imagen Desarr.;18(2): 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoed>

Salvada, P., 2018. *Melhoria Contínua de Processos nas Forças Armadas*. Revista de Ciências Militares, novembro, VI(2), pp. 317-347.

- Santana, R. C. B. & Paiva, F. G. P. J. (2022) *Triangulação metodológica na pesquisa qualitativa: um estudo em periódicos brasileiros voltados ao turismo*. Revista Brasileira de Administração Científica, v.13, n.1, p.67-81. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2022.001.0006>
- Santos, J., Silva, A. M., Pereira, L., Fonseca, P., Silva, M., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). *A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença*. Revista De Investigação & Inovação Em Saúde, 4(2), 89–98. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.116>
- Schröder, C. da S., & Klerin, L. R. (2009). *On-line focus group: uma possibilidade para a pesquisa qualitativa em administração*. Cadernos EBAPE.BR, 7(2), 332–348. <https://doi.org/10.1590/S1679-39512009000200010>
- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers College Press.
- Silva, C. I. N. P. da., & Potra, T. M. F. dos S. (2021). *Avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros por áreas de prestação de cuidados*. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 55, e03730. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020013203730>
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data: A guide to the principles of qualitative research*. London: SAGE.
- Smith GD, Gelling L, Haigh C, Barnason S, Allan H, Jackson D. (2017). *The position of reporting guidelines in qualitative nursing research*. J Clin Nur Res. 27: 889-91. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571219300429via%3Dihub>
- Snow F. (2019). *Creativity and innovation: An essential competency for the nurse leader*. Nursing administration quarterly, 43(4), 306–312. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000367>
- Souza, V. R. dos S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L.. (2021). *Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ*. Acta Paulista De Enfermagem, 34, eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta

- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Grosse Holtforth, M., Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). *Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial*. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 216(6), 323–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>
- Suto, C. S. S., Paiva, M. S., Porcino, C., Silva, D. de O., Oliveira, J. F. de, & Coelho, E. A. C. (2021). *Análise de dados em pesquisa qualitativa: aspetos relacionados a triangulação de resultados*. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 10(2), 241–251. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3863>
- Taylor, T., Stockton, S., & Bowen, M. (2023). *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*, 30(3), 558–567. <https://doi.org/10.1111/jpm.12891>
- Tomás, M. A. R., & Rebelo, M. T. dos S. (2022). *Everyday life after the first psychiatric admission: A Portuguese phenomenological research*. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1938. <https://doi.org/10.3390/jpm12111938>
- Tomás, M., Rebelo, M. T., Martins, V., & Soares, M. (2021). *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*, 25, 154–171. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0303>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007) *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. *International Journal for Quality in Health Care*. [internet]. Vol 19, N 6: pp. 349 – 357.
- Van Oenen, F.J., Schipper, S., Van, R., Visch, I., Peen, J., Cornelis, J., Schoevers, R. and Dekker, J. (2018), *Involving relatives in emergency psychiatry: an observational patient-control study in a crisis resolution and home treatment team*. *Journal of Family Therapy*, 40: 584-601. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12189>
- Van Osch, M., Scarborough, K., Crowe, S., Wolff, A. C., & Reimer-Kirkham, S. (2018). *Understanding the factors which promote registered nurses' intent to stay in emergency and critical care areas*. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1209–1215. <https://doi.org/10.1111/jocn.14167>

- Vaz, I. F., & Silva, M. J. (2022). *Utilização das tecnologias pelos enfermeiros gestores no processo de gestão*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), e21147. <https://doi.org/10.12707/RV21147>
- Vázquez, I. D., Tintó, A. L., Arjona, C. H., Martínez, M. B., & Díaz, A. C. (2023). *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. <https://doi.org/10.1111/jpm.12918>
- Velloso, I.S.C. & Tizzoni, J.S. (2020) *Crerios e estratgias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa*. Cienc. Enferm. 26, 28.
- Vilela, R. B., Ribeiro, A., & Batista, N. A. (2020). *Nuvem de palavras como ferramenta de anlise de contedo: Uma aplicao aos desafios do mestrado profissional em ensino na sade*. Millenium, 2(11), 29-36. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0211.03.00230>
- Welch, S. J. (2010). *Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review*. American Journal of Medical Quality, 25(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/1062860609352536>
- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A. et al. (2015). *Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: a systematic review*. BMC Psychiatry **15**, 74. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>
- Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). *A reforma da sade mental em Portugal: trs anos de transformao*. Lisboa: Coordenaao Nacional das Polticas de Sade Mental, Ministrio da Sade. doi: 10.34619/1n9a-yb44
- Xavier, M., Narigão, M., Domingos, P., Pires, A. M., Gago, J., Barreto, H., & Sena e Silva, F. (2021). *Programa de desinstitucionalizao em sade mental*. Coordenaao Nacional das Polticas de Sade Mental (Coordenador: Miguel Xavier), Administraao Central do Sistema de Sade, I.P., Ministrio da Sade. Portugal. <https://doi.org/10.34619/336m-zg39>
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso. Planejamento e mtodos*. 3ª Edioo Porto Alegre: Bookman

