

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

O Papel do Enfermeiro Especialista na
Implementação do *Transitional Care Model* na
Comunidade

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Lisboa

2020



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

O Papel do Enfermeiro Especialista na
Implementação do *Transitional Care Model* na
Comunidade

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Orientadora: Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício
Varandas Costa

Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Às vezes, o destino é como uma pequena tempestade de areia que continua a mudar de direção. Mudas de direção, mas a tempestade de areia persegue-te. Viras novamente, mas a tempestade ajusta-se. Repetidas vezes, tocas isso, como uma dança sinistra com a morte pouco antes do amanhecer. Porquê? Porque esta tempestade não é algo que veio de longe, algo que não tem nada a ver contigo. Esta tempestade és tu. Algo dentro de ti. Então tudo o que podes fazer é ceder-lhe, entrar bem dentro da tempestade, fechar os olhos e tapar os ouvidos para que a areia não entre, e caminhar por ela, passo a passo. Não há sol, nem lua, nem direção, nem noção do tempo. Apenas areia branca e fina rodopiando no céu como ossos pulverizados. Esse é o tipo de tempestade de areia que precisas de imaginar. Realmente terás de passar por aquela tempestade violenta, metafísica e simbólica. E quando a tempestade acabar, não te lembrarás de como a conseguiste ultrapassar, como conseguiste sobreviver. Nem vais ter certeza, de facto, se a tempestade realmente acabou. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade, não serás a mesma pessoa que entrou. É disso que se trata esta tempestade.”

Haruki Murakami, in *Kafka à Beira Mar*

À Professora Lourdes, por me ter voltado a “colocar nos carris”, pela paciência incondicional, pelo contributo pessoal e profissional, por me tornar melhor Estudante, melhor Enfermeiro, melhor Professor.

À Enfermeira Rute, por ser um exemplo de resiliência e dedicação.

À “minha” Equipa da Santa Casa, na Liberdade, no Domingos Barreiro, pela compreensão e disponibilidade.

Ao Professor Mário, à Professora Cristina e à Professora Fátima, pela visão de helicóptero.

A ti, pela plenitude, pela realização, pelas pequenas (grandes coisas).

Aos meus Pais, ao Guilherme, por tudo, sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EFS – *Edmonton Frail Scale*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TCM – *Transitional Care Model*

RESUMO

As admissões hospitalares têm aumentado, sendo que a taxa de reinternamento hospitalar aumentou aproximadamente 8%. É fundamental adotar medidas que visem diminuir estes valores e consolidem uma transição efetiva entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

Este trabalho tem como objetivo promover o *empowerment* no idoso e família para reduzir o internamento e reinternamento hospitalar dos utentes de uma Unidade de Saúde em Lisboa.

O trabalho é de natureza descritiva, de abordagem quantitativa, segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde com enfoque no *Transitional Care Model* (TCM), modelo do *Empowerment* e Teoria das Transições de Afaf Meleis, aplicação no domicílio da *Edmonton Frail Scale*, Escala de Quedas de Morse e ainda a aplicação de questionário sociodemográfico.

A amostra é de 37 utentes, 78,4% mulheres, 100% reformados, 67,6% de classe baixa, 91,8% tiveram, pelo menos, uma ida ao serviço de urgência hospitalar, 97,3% apresentam baixo a alto risco de queda, 63% com fragilidade moderada a severa.

Como resultados releva-se a inexistência de episódios de quedas bem como a redução dos acessos ao serviço de urgência. Teremos assim a prevenção de complicações e melhoria da gestão da doença crónica, processos liderados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com aplicação das competências reguladoras previstas bem como respondendo aos Descritores de Dublin.

Como limitações destacam-se o tamanho reduzido da amostra bem como a inexistência de internamentos no decorrer do trabalho. Considerando a elevada fragilidade do idoso no domicílio, a aplicação deste modelo permitirá reduzir as barreiras existentes entre os níveis de cuidados, com ganhos em saúde bem como custo-efetividade.

Palavras-Chave: Transição de Cuidados; Enfermagem em Saúde Comunitária; Idoso de 80 anos ou mais

ABSTRACT

Hospital admissions have increased, with the rate of hospital readmission rising by approximately 8%. It is essential to adopt measures that aim to reduce these values and consolidate an effective transition between primary and hospital health care.

This work aims to promote empowerment in the elderly and family to reduce hospitalization and rehospitalization of users of a Health Unit in Lisbon. The work is descriptive and quantitative, according to the methodology of the health planning process with a focus on the Transitional Care Model (TCM), Empowerment model and Afaf Meleis Transition Theory, application at the Edmonton Frail Scale home, Scale Morse Falls and the use of a sociodemographic questionnaire.

The sample is made up of 37 users, 78.4% women, 100% retired, 67.6% low class, 91.8% had at least one visit to the hospital emergency service, 97.3% have low to high risk of falling, 63% with moderate to severe fragility.

As a result, there is a lack of falls' episodes as well as a reduction in access to emergency service. We will thus have the prevention of complications and improvement in the management of chronic disease, processes led by the Specialist Nurse in Community Nursing, with the application of the regulatory powers provided for as well as responding to the Dublin Descriptors.

As limitations, we highlight the small sample size as well as the absence of hospitalizations during the work. Considering the high fragility of the elderly at home, the application of this model will allow reducing the existing barriers between the levels of care, with gains in health as well as cost-effectiveness.

Keywords: Transitional Care; Community Health Nursing; Aged, 80 and over

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Envelhecimento	13
1.2. Doença Crónica.....	15
1.3. Políticas de Saúde.....	15
1.4. <i>Transitional Care Model</i>	16
1.5. O Modelo de <i>Empowerment</i>	18
1.6. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Transição de Cuidados	18
2. METODOLOGIA.....	22
2.1. <i>Scoping Review</i>	22
2.2. Diagnóstico de Situação.....	24
2.2.1. Contextualização do Local de Intervenção	25
2.2.2. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados	26
2.2.3. Procedimentos Éticos	26
2.2.4. População e Amostra	27
2.3. Definição de Prioridades	32
2.4. Fixação de Objetivos	33
2.5. Seleção de Estratégias.....	36
2.6. Elaboração de Projeto	37
2.7. Preparação da Execução.....	37
2.8. Avaliação	39
2.8.1. Operacionalização do Modelo	39
2.8.2. Disseminação da Informação	42
CONCLUSÕES	46
Limitações.....	46
Desenvolvimento de Competências	46
Considerações	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico	
APÊNDICE II – Autorização para Realização do Projeto	
APÊNDICE III – Autorização para Utilização da <i>Edmonton Frail Scale</i>	

APÊNDICE IV – Autorização para Utilização da Escala de Quedas de Morse.....	
APÊNDICE V – Cronograma.....	
APÊNDICE VI – Projeto Angelini.....	
APÊNDICE V – Poster “Jornadas Enfermagem Avançada”.....	
APÊNDICE VIII – Poster Dia da ESEL (1)	
APÊNDICE IX – Poster Dia da ESEL (2)	
APÊNDICE X – Poster SPESF ICFHN	
APÊNDICE XI – Artigo Revista Eletrônica Gestão e Saúde.....	
APÊNDICE XII – Plano Financeiro	
ANEXOS.....	
ANEXO I – <i>Prisma Flow Diagram</i>.....	
ANEXO II – <i>Edmonton Frail Scale</i>	
ANEXO III – Escala de Quedas de Morse.....	
ANEXO IV – Certificado Jornadas Enfermagem Avançada	
ANEXO V – Resultados Aceitação NOVAintegrated Care	
ANEXO VI – Certificado Dia da ESEL (1)	
ANEXO VII – Certificado Dia da ESEL (2)	
ANEXO VIII – Certificado Congresso SPESF	
ANEXO IX – Tabela de Correlação	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Aplicação de Método de Plano de Biscaia.....	32
Tabela 2. Objetivos, Metas e Indicadores do Projeto	33
Tabela 3. Plano de Cuidados	34

INTRODUÇÃO

Quer o aumento da esperança média de vida, quer o envelhecimento populacional atual implicam um impacto na sustentabilidade e na gestão dos recursos em saúde (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Acresce ainda que as admissões hospitalares têm vindo a aumentar na realidade europeia e dessas admissões muitas dizem respeito a readmissões, sendo que a taxa de reinternamento, em Portugal, sofreu um aumento ao longo da última década, (Sousa-Pinto et al., 2013) fixando-se, no ano de 2018, em valores aproximados de 8%. Assim, e atendendo que as taxas de mortalidade são superiores nos episódios de reinternamento (Sousa-Pinto et al., 2013), surge a necessidade de reduzir estes valores e de criar uma aproximação estratégica entre a comunidade e os cuidados hospitalares, tendo como foco o utente idoso, com uma deficitária gestão do seu projeto de saúde. Surge desta forma o *Transitional Care Model* (TCM) como referencial teórico, associado ao modelo de *empowerment* como garante da intervenção para a melhoria da gestão do seu regime de saúde.

Além dos referenciais acima indicados, este trabalho visa também dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária bem como aos Descritores de Dublin associados ao ciclo de estudos, conducentes ao grau de mestrado.

Considerando então a problemática exposta, este projeto de estágio teve como ponto de partida a seguinte questão: a intervenção do Enfermeiro Especialista em EC, com recurso ao TCM, reduz os internamentos /reinternamentos hospitalares? Para dar resposta a esta questão foi desenvolvida uma *scoping review* e operacionalizado o respetivo processo de planeamento em saúde, com a finalidade de *promover o empowerment no idoso e família, para reduzir o internamento e reinternamento hospitalar dos utentes de uma Unidade de Saúde em Lisboa*, local onde foi desenvolvido o trabalho.

Este Relatório de Estágio está estruturado em dois grandes capítulos: o primeiro respeitante ao enquadramento teórico, abordando as temáticas que sustentam a intervenção realizada, e o segundo, com a abordagem relativa à metodologia do processo de planeamento em saúde, com os respetivos procedimentos realizados e discussão dos resultados. Finalmente, é dado enfoque às limitações referentes ao desenvolvimento de todo o projeto, bem

como à perspectiva de futuro, que se alicerça nas competências desenvolvidas e nos projetos a desenvolver com as respetivas conclusões.

Este trabalho foi realizado de acordo com a norma APA 6.^a edição, contemplada no guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018)

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento enquanto percurso inevitável, universal e irreversível que se inicia antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida, comprometido por mudanças a nível biológico, psicológico e social (Direcção-Geral da Saúde, 2006; Zimmerman, 2000).

Em Portugal, prevê-se que 3 em cada 10 residentes, terão 65 ou mais anos em 2050 (EUROSTAT, 2017). Considerando este aumento da esperança média de vida, é previsível que haja um aumento da prevalência das doenças crónicas e respetivas comorbilidades, situação essa que compromete o decurso normal do envelhecimento e que origina internamentos hospitalares por via da descompensação do processo de saúde-doença. Os internamentos hospitalares e as respetivas readmissões hospitalares têm-se tornado um flagelo tendo em conta o tempo de internamento, as repercussões desses internamentos bem como os custos inerentes, sejam eles diretos (pelo internamento hospitalar, tratamentos, cirurgias, entre outros) ou indiretos (diminuição da produtividade, aumento da dependência, absentismo laboral por parte do utente e/ou cuidadores).

O envelhecimento, também considerado como senescência, pode ser teorizado em duas grandes categorias: as teorias de natureza genético-desenvolvimentista (programadas) e as teorias de natureza estocástica. Enquanto as primeiras teorias defendem que o envelhecimento é um processo contínuo, controlado geneticamente, as segundas enquadram o envelhecimento como um processo secundário a agressões ambientais (Farinatti, 2002; Jin, 2010; Teixeira & Guariento, 2010). Neste seguimento, considerando que o envelhecimento está sujeito às condições ambientais, além das genéticas, importa controlar, na perspetiva da prevenção de complicações, que este envelhecimento se traduza num agravamento do seu estado de saúde, seja por doença aguda, seja por agravamento de doença crónica, o que leva muitas vezes a internamentos que poderiam ser evitados em contexto comunitário, com uma efetiva intervenção dos Enfermeiros.

Um estudo do IASIST (2013) analisou os internamentos hospitalares, no qual os internamentos mandatórios no momento da expressão da procura hospitalar representaram 60% do total de casos, uma vez que implicaram situações clínicas que não foram acompanhadas de forma continuada e preventiva, provocando assim o agravamento da doença e a necessidade objetiva do internamento, quando esse poderia ter sido evitado. Acresce ainda o facto de que, e conforme exposto anteriormente, a taxa de reinternamentos hospitalares sofreu um aumento nesta última década e que as taxas de mortalidade hospitalar são superiores nos episódios de reinternamento, pelo que, se considera fundamental proceder à urgente adoção de medidas que visem diminuir as taxas de reinternamento (Sousa-Pinto et al., 2013).

Uma das medidas a ser implementada é a promoção de cuidados em segurança no contexto domiciliário do utente/cliente, sendo que esta é uma preocupação real e crescente nos cuidados de saúde atuais. Esta medida pretende responder em conformidade à confiança das pessoas que os procuram, considerando que nunca serão lesados (White, Hall, & Lalonde, 2011). O cuidado de enfermagem subsidia o completo potencial e bem-estar do cliente, pelo que “o encontro entre o cuidador e a pessoa que precisa de cuidados é, portanto, fundamental” (Andersson, Frank, Willman, Sandman, & Hansebo, 2015, p. 378).

Importa ainda referir que este envelhecimento se encontra intimamente ligado a um aumento da fragilidade, que pode ser definida como uma síndrome multidimensional de redução das reservas e redução da resistência a stressores, levando a uma maior vulnerabilidade e consequentemente resultados adversos (Kahlon et al., 2015). A fragilidade no idoso resulta de diferentes condições que estão correlacionadas umas com as outras de maneira complexa, destacando-se tanto fatores biológicos ou físicos, como psicossociais (Andrade, Fernandes, Nóbrega, Garcia, & Costa, 2012).

Este encontro de cuidados permitirá assim a monitorização e prevenção da agudização da doença crónica, mantendo estável o percurso de saúde-doença do nosso cliente de cuidados.

1.2. Doença Crónica

A doença crónica decorre muitas vezes do processo normal do envelhecimento e condiciona o normal percurso de vida, sendo por isso necessário evitar agudizações da mesma, desta forma a Organização Mundial de Saúde (2005) define a doença crónica como

doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (p. 3).

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019), num infográfico realizado em 2015, refere que mais de metade dos portugueses entre os 25 e os 74 anos (57,8%), correspondendo a 3.9 milhões de indivíduos, referiram ter pelo menos uma doença crónica. Este valor é mais frequente nas mulheres, nas pessoas com menos escolaridade e no grupo etário dos 65-74 anos.

Aliado a este valor, a Ordem dos Enfermeiros (2010), reforça que 60% das mortes a nível global se devem à doença crónica e que 80% destas ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios, o que dá ainda maior enfoque ao papel dos Enfermeiros Especialistas no combate a estas questões. É lançado, no mesmo documento, o repto para a necessidade de exercer pressão a nível nacional e internacional para que seja criada legislação de apoio, promovendo simultaneamente oportunidades para educar utentes e famílias. Desta forma urge sustentar e melhorar as políticas de saúde existentes, enquadrando-as nos novos desafios de uma sociedade em mudança.

1.3. Políticas de Saúde

A emergência da doença crónica e do envelhecimento têm obrigado ao desenvolvimento e implementação de novas políticas de saúde que venham trazer maior segurança, acompanhamento e equidade no Serviço, e no Sistema, Nacional de Saúde. Tendo em conta as duas temáticas reveste-se de especial importância a recente publicação do Estatuto do Cuidador Informal, que defende

um importante enquadramento e figura legal ao cuidador, apresentando um maior desafio para os Enfermeiros, em especial os Enfermeiros Especialistas, que devem ser consagrados como elementos estruturantes na formação, capacitação e monitorização destes cuidadores nos seus contextos de domicílio. Destacar, contudo, que as atuais políticas de saúde implementadas, necessitam de ser revistas dada a antiguidade da legislação existente. Isto porque, as atuais políticas de saúde incidem essencialmente no apoio na aquisição de medicamentos, de ajudas técnicas, em atribuição de subsídios financeiros, existindo, contudo, uma lacuna que deve ser complementada pelo Enfermeiro Especialista. Esta complementaridade centra-se na correta gestão desta doença crónica e das suas várias dimensões, evitando assim um internamento hospitalar por agudização, bem como a ineficaz transição de um internamento para o domicílio. Desta forma surge assim o TCM como referencial que poderá colmatar esta lacuna na organização e gestão de cuidados.

1.4. *Transitional Care Model*

O modelo conceptual a utilizar foi escolhido tendo por base aquele que poderia ser um mecanismo inovador de prestação de cuidados, reduzindo os internamentos hospitalares e promovendo uma transição segura entre os vários níveis de cuidados.

Desta forma importa então enquadrar a pertinência das transições. De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma transição resulta de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente, implicando uma mudança do cliente, e sua família, em cada um destes aspetos, de modo a readaptarem-se a uma nova realidade (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Devido à complexidade e diversidade das possíveis transições compete ao Enfermeiro identificar, clarificar e procurar compreender o processo de transição de um cliente e família e desenvolver assim intervenções individualizadas de enfermagem que promovam uma resposta saudável à transição (Meleis et al., 2000).

Ainda no que concerne às transições, e de acordo com o preconizado pela teórica acima elencada, no presente trabalho iremos intervir no processo de

transição saúde doença na perspectiva do cliente, ou seja, investindo na manutenção do seu projeto de saúde e promovendo o menor número de oscilações possível no seu estado diário. Por este motivo, e conforme já descrito anteriormente, é expectável que com este menor número de oscilações ocorra uma redução dos internamentos hospitalares, sendo que este modelo garante também que a transição de cuidados do nível hospitalar para o nível comunitário seja feita com a maior segurança possível, promovendo assim um adequado contexto e ambiente de cuidados no regresso ao domicílio, e reduzindo eventuais reinternamentos.

Também na perspectiva organizacional, existirá certamente um processo de transição, pela necessidade de mudança das políticas de saúde e do desempenho das competências por parte do Enfermeiro Especialista, com uma nova dinâmica organizacional no que concerne aos cuidados. Subjacente às transições elencadas está também a necessidade intrínseca de promover a capacitação destes utentes, bem como respetiva família e cuidador.

Gu, Rosenberg, & Zeng (2017) e Naylor e Sochalski (2010) elencam vários *outcomes* do modelo: os ganhos em saúde que podem decorrer da redução da rehospitalização, aumento da esperança média de vida, do aumento da performance física e qualidade de vida, do aumento da satisfação do cliente, da redução das idas ao hospital e da conseqüente redução dos custos e sobrecarga para o sistema de saúde. Aliada a estes ganhos, também é elencado na literatura a redução da depressão (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, & Hirschman, 2011).

Assim, no presente trabalho serão também elaborados indicadores que permitam a monitorização destes *outcomes*, a saber: indicadores de estrutura e resultado, sendo que como indicadores de estrutura estará patente a existência dos recursos humanos e materiais e nos indicadores de resultado teremos a taxa de utentes acompanhados, a incidência de internamentos, incidência de reinternamentos, entre outros, que se possam revelar essenciais para monitorizar os ganhos em saúde.

1.5. O Modelo de *Empowerment*

Este trabalho estará também ancorado no modelo de *empowerment*, na medida em que este é “um processo através do qual as pessoas e as comunidades adquirem controlo, cada vez maior, sobre as decisões que afetam a sua saúde” (WHO, 2009). O modelo de *empowerment* surgiu com a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, definindo-se como a capacidade de o cidadão intervir no sentido de obter mais saúde. Inclui a promoção da saúde como um processo pelo qual o cliente é capacitado para ter maior controlo sobre o seu estado de saúde, conseguindo, para o efeito, mobilizar diversos recursos. Este modelo é constituído por 4 etapas sendo que se perspetiva um *continuum* de trabalho nos vários momentos, e tendo em conta os vários atores, ou seja, cliente ou cuidador/família, e quer esteja em contexto de internamento ou domicílio (Leal, 2006). A introdução e aplicação deste modelo possibilita então que sejam colocadas em prática as competências do Enfermeiro Especialista nos vários domínios.

1.6. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Transição de Cuidados

Este trabalho permite contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e dar também resposta ao previsto nos Descritores de Dublin no que concerne ao 2º ciclo de estudos, conducente ao grau de mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Joint Quality Initiative, 2015).

Estes Descritores complementam assim o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista previstas nos documentos enquadradores anteriormente referidos: (i) mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a práxis clínica, (ii) seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, (iii) demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem; (iv) reflexão sobre o sentido das afirmações do outro e outras representações, (v)

consciência crítica para os atuais problemas da disciplina (vi) competências de autoaprendizagem.

Estes Descritores têm em conta a elevada especificidade do papel do Enfermeiro Especialista, com um enfoque ainda maior na responsabilidade ética e deontológica pela tomada de decisão e a consciência crítica.

Considerando a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na gestão dos processos de transição situacional e de saúde-doença, é fulcral que a este processo esteja subjacente a integração de cuidados entre os vários níveis no sistema nacional de saúde, tendo por base, os princípios da transição segura. Estas transições são “uma passagem de um estado bastante estável para outro estado razoavelmente estável, e é um processo desencadeado por uma mudança” (Meleis et al, 2010, p. 11).

Neste contexto específico e tendo como uma população major de prestação de cuidados a população idosa, o Enfermeiro Especialista tem como competência a desenvolver, a gestão eficiente e equitativa dos recursos disponíveis na comunidade, bem como nos restantes níveis de cuidados, quer sejam recursos humanos, materiais e/ou financeiros. Contudo, esta articulação é quase inexistente, sendo os Enfermeiros, diariamente, executores apenas numa perspetiva da sua unidade de cuidados e não numa perspetiva global. Entende-se então que existe uma necessidade de potenciar o papel do Enfermeiro em constante articulação, com suporte na dinâmica familiar do cliente de cuidados.

O TCM permite ao Enfermeiro otimizar a gestão da doença crónica do idoso, trabalhando simultaneamente a readaptação ao domicílio, a manutenção do seu estado funcional e/ou eventual reabilitação. Desta forma, são cumpridos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem, conforme previsto pelo Órgão regulador, levando a que o Enfermeiro desempenhe funções diferenciadas num modelo de cuidados avançados, centrado no cliente, e global.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, elencadas em regulamentação própria pela Ordem dos Enfermeiros (OE), são assim colocadas ao serviço da comunidade, e segundo a literatura, com especial enfoque nas seguintes intervenções:

- Treino especial a idosos com multimorbilidade e cuidadores (Naylor & Sochalski, 2010);
- Individualização de cuidados de acordo com protocolos, reduzindo o número de procedimentos a executar (Brooten et al., 2002);
- Coordenação do processo de alta (Brooten et al., 2002);
- Relação com equipa multidisciplinar (Brooten et al., 2002);
- Relação com recursos da comunidade (Brooten et al., 2002);
- Relação com empresas de material de apoio (Brooten et al., 2002);
- Condução de visitas domiciliárias e *follow up* telefónico (Rezapour-Nasrabad, 2017, 2018);
- Estratégias de *engagement*, apresentação de casos clínicos (Rezapour-Nasrabad, 2017, 2018);
- Abordagem holística, de suporte e única (Bumpus et al., 2016);
- *Empowerment* do cliente crónico (Rezapour-Nasrabad, 2017).

Simultaneamente, estas intervenções estão também ancoradas em um dos documentos estruturantes da profissão, já mencionado anteriormente, que são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (Ordem dos Enfermeiros, 2001) onde é esperada uma reflexão individual constante acerca da prática de cuidados, bem como, a procura constante pela excelência do cuidar, numa perspetiva de melhoria contínua.

No presente relatório são também definidos os conceitos-chave: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, bem como toda a perspetiva sobre a tipologia das intervenções de Enfermagem. Estes conceitos coadunam-se e complementam o anteriormente elencado acerca da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Numa perspetiva prática de aplicação destes padrões, definem-se os enunciados descritivos que enformam a prática sendo que, considerando o projeto e os objetivos atuais, os enunciados descritivos que mais se adequam serão:

- **Prevenção de Complicações**, na medida em que os utentes têm alguma doença crónica e cujo objetivo é o controlo e a gestão desta, sem

episódios de agudização que possam conduzir a um internamento ou reinternamento hospitalar;

- **Readaptação Funcional**, na perspetiva do planeamento antecipado da alta, da formulação de diagnósticos e da promoção de uma transição segura entre os níveis de cuidados, com especial enfoque na transição do contexto hospitalar para o contexto comunitário;
- **Organização dos Cuidados de Enfermagem**, na procura da melhoria de novos modelos de gestão de cuidados que permitam uma maior eficiência do serviço (e do sistema) nacional de saúde, garantindo uma maior satisfação dos profissionais, sustentada em modelos de cuidados de qualidade.

2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do presente trabalho recorreu-se à metodologia do processo de Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), como garante de uma sistematização dos processos a seguir, bem como da efetiva avaliação de todo o projeto. Adicionalmente recorreu-se à metodologia de *scoping review* (The Joanna Briggs Institute, 2015) para garantir maior fiabilidade, recorrendo à prática baseada na evidência, dos dados aqui apresentados, com especial enfoque dos dados relativos à sustentabilidade financeira e respetivos ganhos em saúde do modelo.

2.1. Scoping Review

Nesta perspetiva definiu-se como questão de partida:

“A intervenção do Enfermeiro Especialista em EC, com recurso ao TCM, reduz os internamentos/reinternamentos hospitalares?”

Definiram-se como **palavras-chave**:

- Modelo de Cuidados de Transição (*transitional care model*);
- Enfermagem (*nursing*)
- Reinternamento Hospitalar (*hospital readmission*)
- Idoso (*elderly*)

Seguidamente, e seguindo a mesma metodologia, foi definido o PCC (População, Contexto, conceito):

- P: Idoso
- C: Reinternamento Hospitalar
- C: *Transitional Care Model*

Relativamente aos Critérios de Inclusão:

- Participantes: todos os idosos com idade igual ou superior a 80 anos (segundo o TCM), residentes em contexto domiciliário;
- Contexto: Reinternamento Hospitalar

- Conceito: Todos os artigos que abordem o TCM
- Tipos de Estudos:
 - Foram incluídas revisões narrativas da literatura; revisões sistemáticas da literatura; *scoping reviews*; estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos; artigos teóricos e relatos de experiências, publicados e não publicados (literatura cinzenta), em Inglês, Espanhol e Português, independentemente do ano de publicação. Não foi definido limite temporal por não ser considerado relevante para a natureza do estudo.

Crítérios de Exclusão:

Foram excluídos os artigos onde os participantes tinham idade cronológica inferior a 80 anos; os artigos em que os participantes estavam inseridos em outro contexto de cuidados e também todos os artigos que não se encontravam redigidos em Inglês, Espanhol e Português.

De forma a dar resposta à questão de pesquisa formulada, foi planeada a realização de pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL® Complete e MEDLINE® Complete, utilizando-se para o efeito, o protocolo *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute, 2015):

- A pesquisa inicial inclui uma pesquisa nas bases de dados CINAHL® Complete e MEDLINE® Complete, utilizando palavras-chave em linguagem natural sendo analisadas as palavras utilizadas nos títulos e resumos dos artigos obtidos e as palavras indexadas empregadas para descrever o artigo, de forma a permitir identificar mais termos relevantes para esta *scoping review*;
- A segunda parte da pesquisa pressupõe a procura pelos termos de pesquisa identificados anteriormente (em linguagem natural e os termos indexados) empregando os operadores booleanos “OR” e “AND”, nas bases de dados referidas.
- E por fim, a terceira fase da pesquisa engloba a leitura da literatura cinzenta.

A pesquisa foi realizada no período compreendido entre 1 de maio e 31 de julho de 2019 e obtiveram-se: CINAHL® Complete - 17 artigos e MEDLINE® Complete - 35 artigos, dos quais, após análise, foram retidos 10 artigos (conforme ANEXO I – *Prisma Flow Diagram*).

Síntese Conclusiva da Pesquisa:

Da pesquisa realizada, e após reflexão de todos dados, pode dizer-se que este modelo já se encontra implementado em vários países, mas sempre com um denominador comum: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária enquanto elemento central, ou seja, como gestor do modelo.

Assim, pode afirmar-se que é sobre o Enfermeiro que recai a responsabilidade de agregar toda a informação e de garantir a continuidade dos cuidados. A literatura corrobora ainda o facto de que a aplicação do modelo reduz os internamentos hospitalares, bem como respetivas readmissões (Finlayson et al., 2018; Hung, Truong, Yakir, & Nicosia, 2018). É igualmente focada a importância de continuar a desenvolver investigação nesta área, que permita reafirmar a pertinência deste modelo, não obstante os bons resultados atingidos, mas por vezes com correlações difíceis pelo elevado número de variáveis a monitorizar (Heeren et al., 2019).

Vários estudos apontam também para o custo efetividade do modelo, especialmente pelos baixos custos dos cuidados prestados na comunidade (Soto et al., 2018), custos estes que podem ser reduzidos se houver um aumento da literacia em saúde, correlacionado positivamente com a redução das readmissões hospitalares (Boyle et al., 2017).

2.2. Diagnóstico de Situação

De acordo com a literatura evidenciada, os resultados da *scoping review* e a inquietação inicial acerca da temática, foi definida como finalidade: promover o *empowerment* no idoso e família para reduzir o internamento e reinternamento hospitalar dos utentes de uma Unidade de Saúde em Lisboa.

Como objetivos foram definidos:

Objetivo Geral:

- Reduzir os reinternamentos hospitalares dos utentes com fragilidade, em contexto domiciliário, com recurso ao TCM.

Objetivos Específicos:

- Implementar o TCM em uma Unidade de Saúde em Lisboa;
- Promover a transição segura entre o internamento e os cuidados de saúde primários;
- Capacitar os utentes e cuidadores para a autogestão da sua saúde.

Desta forma, considerando o contexto de prática clínica onde foi desenvolvido o estágio, importa, de seguida, enquadrá-lo.

2.2.1. Contextualização do Local de Intervenção

A organização onde o estágio foi desenvolvido tem como missão a procura da melhoria do bem-estar da pessoa no seu todo, prioritariamente dos mais desprotegidos. Simultaneamente tem desenvolvido uma política de sustentabilidade cuja visão assenta em tornar a instituição sustentável, responsável, inovadora e próxima da comunidade onde está inserida. Assim, o projeto do estágio que apresentei para desenvolver, seguia as linhas orientadoras do local de intervenção porque tinha um carácter inovador e uma perspetiva relevante de sustentabilidade financeira e social, com ganhos efetivos em saúde, com um aumento do apoio, da proximidade, e do acompanhamento realizado por aquela Unidade de Saúde.

O contexto onde foi desenvolvido o presente projeto insere-se em uma das várias Unidades de Saúde da organização, mais concretamente na maior Unidade de Saúde desta, cuja missão se coaduna com as instituições de cuidados de saúde primários. Esta Unidade de Saúde tem como oferta assistencial a prestação de cuidados de ambulatório e domiciliários a utentes residentes nas freguesias de Beato, Marvila, Olivais e Parque das Nações, num

total de 10.209 utentes inscritos. Dos quais, 221 têm suporte de apoio domiciliário regular, prestado pela Equipa de Enfermagem da Unidade.

2.2.2. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados

Relativamente à utilização do instrumento de colheita de dados, e tendo em conta os critérios previstos no TCM, tornou-se premente a utilização de um instrumento que tornasse compatível e comparável a aplicação destes critérios com elevado grau de fidedignidade. Considerando a necessidade de avaliar a fragilidade do idoso foi elencado como instrumento de colheita de dados a *Edmonton Frail Scale* (EFS) (Fabrício-Wehbe et al., 2009; Martins, Carvalho, Cordeiro, & Pinheira, 2012) (ANEXO II), assim como a Escala de Quedas de Morse (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014; Despacho nº 1400-A/2015, 2015) (ANEXO III), para permitir a consideração de vários fatores que aumentam a fiabilidade e sensibilidade das escalas.

Adicionalmente foi construído e aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE I), com a objetivo de caracterizar a amostra que foi alvo da prestação de cuidados (especializados). Estes questionários foram posteriormente trabalhados recorrendo à estatística descritiva, que permitiu uma análise global da amostra.

2.2.3. Procedimentos Éticos

Importa respeitar que “seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos dessa investigação” (Grande, 2000, p. 51).

Posto isto, foi solicitada autorização para o desenvolvimento e realização deste trabalho à Sra. Enfermeira Diretora da Organização (APÊNDICE II) e foi igualmente solicitado aos autores das escalas aplicadas a devida autorização para a sua utilização, bem como orientações que pudessem ser uma mais-valia no desenvolvimento do presente trabalho (APÊNDICES III e IV).

Foi ainda solicitado o consentimento a todos os utentes para aplicação das escalas e questionário acima identificados.

Desta forma, as implicações éticas que mais se relacionam com as atividades realizadas prendem-se com o respeito pela privacidade das pessoas e em assegurar a sua confidencialidade, pois na aplicação dos métodos de investigação qualitativa, é preciso igualmente ter em atenção certos princípios éticos. Princípios estes no que concerne à confidencialidade e à vida privada, tendo em atenção que o sujeito terá que ter toda a informação necessária bem como a compreensão em todos os momentos do seu envolvimento e da possibilidade de terminar a sua colaboração caso assim o entenda, de forma totalmente voluntária e não sujeita a qualquer tipo de sanção (Fortin, 2009).

2.2.4. População e Amostra

No cumprimento do cronograma delineado (APÊNDICE V) numa primeira fase, e tendo em conta a população inscrita, importa definir a amostra, que foi uma amostra não probabilística pois esta obedece a “critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 197). De entre as várias técnicas de amostragem não probabilística, recorreu-se à amostragem de conveniência em que se utiliza “um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários (...) cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas” (Carmo e Ferreira, 2008, p.197).

A população teórica corresponde aos 10.209 utentes inscritos na Unidade de Saúde, sendo que ao aplicar os critérios de inclusão, é definida a população de estudo, de **731 utentes com mais de 80 anos**, sendo que destes apenas **37** se encontram com apoio domiciliário, constituindo-se assim a **amostra**.

Do questionário sociodemográfico aplicado e cujos resultados foram trabalhados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) 25.0, obteve-se uma amostra constituída por 29 mulheres (78,4%) e 8 homens

(21,6%) com idades superiores a 80 anos, de acordo o critério anteriormente estabelecido, com uma idade máxima de 103 anos e uma média de 88,7 anos.

No que respeita ao agregado familiar e respetivo tipo de família, a amostra distribuiu-se por 21,6% (n=8) com família extensa ou alargada, 29,7% (n=11) com família unitária, 43,2% (n=16) família com dependente e apenas 5,4% (n=2) com famílias reconstruídas.

Relativamente à escolaridade, 45,9% (n=17) não tinha qualquer escolaridade ao que 45,9% (n=17) apresentava o ensino básico e apenas 8,1% (n=3) o ensino secundário.

No que concerne à profissão e tendo em conta a idade e dependência, todos os utentes se encontravam reformados.

Na aplicação da escala de Graffar (18) e tendo em conta a população característica da instituição prestadora de cuidados, 32,4% (n=12) situam-se na Classe IV – Média Baixa e os restantes 67,6% (n=25) na Classe V – Baixa.

Considerando os dados apresentados, existe uma relação positiva/associação entre o índice de Graffar e a fragilidade, estatisticamente significativa ($p = 0,009$) (ANEXO IX). Esta relação demonstra que quando aumenta o valor da Escala de Graffar, ou seja, quanto menores as condições socioeconómicas das famílias, maior a fragilidade do idoso, corroborando os dados apresentados na literatura devendo ser utilizados concomitantemente os dois instrumentos (Martins et al, 2012). Simultaneamente valida também que a intervenção do Enfermeiro em contextos de maior vulnerabilidade deve ser acompanhada pela aplicação da EFS.

Na aplicação da Escala de Morse para avaliação do risco de queda, e tendo em conta que acima do score de 25 pontos existe risco de queda, 97,3% da amostra (n=36) apresentava um baixo a alto-risco de queda.

Através da aplicação da EFS para avaliação da fragilidade do idoso, uma escala constituída por 9 domínios e 12 itens, com pontuação máxima de 17 pontos, obteve-se na variável de cognição (teste do relógio), 37,8% (n=14) não apresentava qualquer erro, 35,1% (n=13) apresentava pequenos erros e 27% (n=10) apresentava outros erros.

No que concerne à variável do estado geral da saúde, 37,8% (n=14) considera ter um excelente/muito bom/bom estado de saúde, 45,9% (n=17) um

estado de saúde razoável e apenas 16,2% (n=6) um estado de saúde pobre. Ainda na dimensão estado geral, 48,6% (n=18) da amostra teve mais de 2 entradas no hospital, 43,2% (n=16) 1 ou 2 entradas e apenas 8,1% (n=3) não teve qualquer entrada no hospital no ano anterior.

Relativamente à independência funcional, com as variáveis “necessitar de ajuda para preparação de refeições, compras, transportes, utilizar telefone, limpeza, lavanderia, gestão do dinheiro e toma de medicação”, em que sim, o utente precisa de ajuda, equivale a um ponto, e não, não precisa de ajuda, pontua zero, obtiveram-se os seguintes resultados: 13,5% (n=5) não precisa de ajuda ou precisa de ajuda para apenas uma atividade, 51,4% (n=19) precisa de ajuda para 2 a 4 atividades e 35,1% (n=13) precisa de ajuda para 5 a 8 atividades. Ao nível do suporte social, ou seja, se quando o utente precisa de ajuda tem alguém que possa estar disponível, 16,2% (n=6) responderam que sim, têm sempre alguém disponível, 62,2% (n=23) têm às vezes alguém disponível, e 21,6% (n=8) nunca têm alguém disponível.

Na dimensão da medicação, relativamente à variável de utilizar cinco ou mais medicamentos regularmente por prescrição médica, 29,7% (n=11) respondeu que não ao que 70,3% (n=26) afirmou que toma cinco ou mais medicamentos regularmente.

Ainda no domínio da medicação, o item de validar se o utente se esquece de às vezes tomar a medicação, 73% (n=27) afirma que não se esquece, sendo que os restantes 27% (n=9) referem que sim, que têm falhas ocasionais.

No domínio da nutrição e no item de ter perdido peso e sentido que o vestuário ficou mais largo, 81,1% (n=30) afirma que não perdeu peso, sendo que 18,9% (n=7) afirma que sim.

No domínio do humor, o item de pergunta que aborda se o utente se tem sentido triste ou deprimido, 45,9% (n=17) refere que não e 54,1% (n=20) assume que sim.

Na avaliação da incontinência, o item refere-se em concreto à dificuldade em manter o controlo da urina, pelo que 27% (n=10) responde que não tem qualquer dificuldade a controlar a urina e os restantes 73% (n=27) refere que sim, que tem perdas ocasionais ou mesmo incontinência total do esfíncter urinário.

No domínio da performance funcional, foi aplicado o teste *timed up and go* que como resultado obteve-se que 24,3% (n=9 da amostra) demorou 0 a 10 segundos a executar, 43,2% (n=16) demorou 10 a 20 segundos e 32,4% (n=12) demorou mais de 20 segundos, não quis ou não conseguiu realizar por estar completamente dependente.

Desta forma e de acordo com o somatório das variáveis obteve-se que 5% (n=2) da amostra não apresenta qualquer tipo de fragilidade (0 a 4 pontos), 8% (n=3) está aparentemente vulnerável (5-6 pontos), 24% (n=9) tem fragilidade leve (7-8 pontos), 41% (n=15) tem fragilidade moderada (9-10 pontos) e 22% (n=8) da amostra tem fragilidade severa (igual ou superior a 11 pontos).

De acordo com os resultados obtidos foi perceptível a elevada fragilidade dos utentes da amostra, tendo em conta a sua situação sociodemográfica, de menores recursos financeiros, estrutura familiar mais pequena, menor literacia por escolaridade mais baixa ou ausência desta. Contribui também para a maior fragilidade a idade avançada da amostra que se caracteriza pelo aumento das comorbilidades associadas.

Esta maior dependência e vulnerabilidade é assim compatível com este elevado risco de queda, motivo de um grande número de internamentos e reinternamentos hospitalares bem como preditor de aumento da dependência do utente.

O valor de 97,3% de utentes com baixo a elevado risco de queda torna premente uma intervenção de promoção de saúde e de capacitação de cuidadores concertada e rápida.

Concomitantemente, na aplicação da EFS e na análise dos itens, foi perceptível que existe claramente no item “quantas vezes no passado ano deu entrada no hospital”, uma vulnerabilidade acrescida e um risco de internamento por agudização ou agravamento da doença crónica. Neste contexto importa assim monitorizar estas doenças crónicas e permitir uma efetiva prevenção de complicações, orientando e promovendo o *empowerment* junto dos utentes e cuidadores para que tenham a perceção dos sinais e sintomas associados a desvios do seu padrão de saúde.

Também o domínio do suporte social é motivo de maior preocupação pelo facto de apenas 16,2% da amostra ter sempre disponível um elemento para dar

apoio quando necessário, reforçando a necessidade de um acompanhamento contínuo por parte do Enfermeiro, garantindo simultaneamente a acessibilidade rápida em caso de agudização com meios de comunicação céleres e *user-friendly* como por exemplo, o botão de teleassistência que pode acompanhar o utente em forma de colar ao pescoço ou pulseira.

No que respeita à medicação são compatíveis os resultados com as pesquisas bibliográficas, na medida em que 70,3% da amostra se encaixa no conceito de polimedicado, ou seja, com uma toma regular de 5 ou mais comprimidos (Pereira et al., 2017). Este é também um foco de atenção importante para a necessidade de promoção de uma efetiva reconciliação terapêutica permitindo uma redução de custos na aquisição desta medicação, mas acima de tudo pela redução dos efeitos idiossincráticos e das interações medicamentosas decorrentes da toma de um elevado número de medicamentos.

Contrariamente ao expectável, 73% da amostra afirma não ter qualquer esquecimento na toma da medicação, o que demonstra a valorização que os utentes dão ao facto de cumprirem de forma regular a sua toma da medicação e a associação ao seu melhor estado de saúde. No entanto, mantém-se como foco de atenção os remanescentes 27% da amostra com esquecimentos ocasionais da toma de medicação e consequente agudização da sua doença crónica. Torna-se assim relevante negociar estratégias para aumento da *compliance* do regime terapêutico instituído.

Ainda no que concerne ao regime terapêutico, o domínio da nutrição pode ter duas interpretações distintas: se por um lado a não existência da perda de peso pode significar a ausência de doença recente, por outro lado pode ser também colocada em causa o regime dietético bem como o exercício físico realizado no contexto domiciliário por parte dos utentes, levando sim a um aumento de peso progressivo, não especificado por esta escala, mas que será importante valorizar.

2.3. Definição de Prioridades

Considerando os resultados apresentados, surgiram como diagnósticos comunitários potenciais de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

- crise de saúde aguda;
- risco de queda;
- problema de continuidade de cuidados;
- falta de suporte social;
- mobilidade comprometida, e;
- défice de autocuidado.

Assim, e dando continuidade à metodologia do processo de planeamento em saúde, procedeu-se à priorização dos diagnósticos de acordo com o método do plano de Biscaia, de acordo com a abordagem abaixo definida:

Tabela 1. Aplicação de Método de Plano de Biscaia

Problemas	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Factibilidade Tecnológica	Classificação	Ordenação
Crise de Saúde Aguda	3	3	3	2	11	2
Risco de Queda	3	3	3	3	12	1
Problema de Continuidade de Cuidados	2	3	1	1	7	3
Falta de Suporte	2	2	2	1	7	3
Mobilidade Comprometida	1	1	1	2	5	5
Défice de Autocuidado	1	1	1	1	4	4

Foram assim priorizados o risco de queda e a crise de saúde aguda, dando ênfase aquelas que são preocupações já constantes na literatura na

aplicação do TCM com vista à diminuição dos internamentos hospitalares. No entanto, e tendo em conta a polimedicação acima referenciada, este é também um diagnóstico que deve ser relevado na perspetiva de um efetivo trabalho de equipa em estreita colaboração com a equipa médica, e eventualmente da equipa de nutrição, nos casos em que seja possível substituir os suplementos alimentares por uma alimentação mais adequada.

2.4. Fixação de Objetivos

De acordo com as prioridades elencadas, foram definidos objetivos que passaram por dar resposta aos dois diagnósticos prioritários. Estes objetivos foram trabalhados na taxonomia CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015) tendo em conta a homogeneização e uniformização das práticas.

Os objetivos, metas, indicadores e respetivas ações encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 2. Objetivos, Metas e Indicadores do Projeto

Problema Prioritário	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Metas	Indicadores	Ações
A. Risco de Queda	A.1. Capacitar os utentes e cuidadores para o risco de queda	A.1.1. Promover medidas de segurança no domicílio para o risco de queda;	A.1.1.1. Que 95% dos utentes não apresentem quedas no decorrer do projeto;	A.1.1.1.1. Taxa de efetividade na prevenção de quedas;	Realizar ação educativa sobre a prevenção de quedas, no domicílio
		A.1.2. Avaliar o risco de queda dos utentes no domicílio;		A.1.1.1.2. Taxa de prevalência de quedas;	Entregar material informativo acerca da prevenção de quedas
		A.1.3. Reduzir o número de quedas dos utentes no domicílio no período compreendido entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020;		A.1.1.1.3. Conhecimento do cuidador sobre risco de queda;	Avaliar o contexto domiciliário em parceria com idosos e famílias

B. Crise de Saúde Aguda	B.1. Capacitar os utentes e cuidadores na gestão do seu estado de saúde	B.1.1. Avaliar a fragilidade dos utentes no domicílio;	B.1.1.1. Que 100% dos utentes tenham o seu grau de fragilidade avaliado;	B.1.1.1.1. Taxa de Acesso ao SU; Recurso ao SU e número de dias de internamento; Diminuição dos recursos ao SU;	Liderar processos de avaliação da fragilidade do idoso; Acompanhar idas ao SU e possíveis internamentos hospitalares; Visitas domiciliárias regulares e follow-up telefónico Responsabilização dos agentes Identificação precoce dos riscos e sintomas Comunicação efetiva
		B1.2 Reduzir o número de idas ao SU por agudização da crise de saúde	B.1.1.2. Que no decorrer do projeto exista uma redução do número de acessos ao SU comparativamente com o período homólogo	B.1.1.1.2. Modificação positiva pelo conhecimento demonstrado do cuidador	Avaliar o contexto domiciliário em parceria com idosos e famílias; Ensinar a gerir a doença crónica

Simultaneamente, e considerando os objetivos traçados, elencou-se também como pertinente a elaboração de um plano de cuidados que sistematizasse a intervenção comunitária realizada que foi realizado de acordo com a taxonomia CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015):

Tabela 3. Plano de Cuidados

CIPE	Intervenções	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de Enfermagem	Avaliar	Idosos	Risco (de Queda)	Presente	Domicílio	Equipa de Saúde	nov/19
	Avaliar	Idosos	[Fragilidade]	Presente			

	Avaliar	Família	Conhecimento (sobre prevenção de queda)	Não demonstrado			
Intervenções de Enfermagem	Ensinar	Família	Ensinar Família sobre prevenção de quedas				dez/19
		Idosos	Ensinar sobre prevenção de quedas				
	Instruir	Idosos	Prevenir a queda				
	Treinar	Idosos	Prevenir a queda				
	Demonstrar	Família	Demonstrar (como prevenir quedas)				
	Manter	Idosos	Alarme de segurança de quedas				
	Proteger	Idosos	Prevenir a queda				
	Gerir	Idosos	Estado de Saúde Após Hospitalização				
	Coordenar	Idosos	Plano de Cuidados				
	Monitorizar	Idosos	Risco (de Queda)				
	Resultados de Enfermagem	Demonstrar	Idosos	Conhecimento (sobre prevenção de queda)	Presente		
Avaliar		Idosos	Queda	Sem queda			
Avaliar		Idosos		Sem acesso	SU		

2.5. Seleção de Estratégias

Este modelo contempla vários critérios/intervenções de acordo com os níveis de cuidados, sendo eles a monitorização quando o utente está em contexto comunitário, ou seja, no seu domicílio; depois a intervenção caso haja lugar a um internamento hospitalar e finalmente no regresso ao domicílio e respetivo acompanhamento. Este acompanhamento (pós internamento hospitalar) terá a duração mínima de um mês e máxima de até 3 meses:

Na comunidade (avaliação do contexto do utente):

- Doenças crónicas;
- Quedas recentes;
- Dependência;
- Saúde Mental/Cognitiva;
- Internamento nos últimos 30 dias ou 2 ou mais internamentos nos últimos 6 meses;
- Idade > 80 anos;
- Défice na literacia em saúde;
- Barreiras linguísticas;
- Défice no sistema de suporte.

No decorrer do internamento (intervenções a realizar em articulação com a equipa do contexto hospitalar):

- Avaliação da situação clínica do cliente;
- Desenvolvimento de um plano de cuidados a implementar.

No regresso ao domicílio:

- Visitas domiciliárias regulares e *follow-up* telefónico;
- Responsabilização dos agentes;
- Identificação precoce dos riscos e sintomas;
- Comunicação efetiva.

2.6. Elaboração de Projeto

Para operacionalizar este modelo foi desenvolvido um estudo descritivo e de abordagem quantitativa, atendendo que se revelou ser necessário compreender quais as “características de determinada população ou fenómeno (...) e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados” (Gil, 2008, p. 45).

Esta operacionalização passou então por:

- Realização de visitas domiciliárias e *follow-up* telefónico (3x/semana);
- Responsabilização e envolvimento do utente, família e/ou cuidadores;
- Identificação precoce de riscos e sintomas que possam constituir razão para readmissão hospitalar;
- Abordagem multidisciplinar;
- Colaboração estreita Médico-Enfermeiro;
- Comunicação efetiva.

Estas intervenções terão, expetavelmente, ganhos em saúde e aumento de bem-estar e confiança para o cliente de cuidados nos serviços de saúde com repercussões positivas na vertente também financeira.

2.7. Preparação da Execução

A preparação da execução iniciou-se previamente com a elaboração do cronograma que enquadrou todo o projeto (APÊNDICE V), desta forma perspetivou-se tendo em conta a dimensão temporal aplicável que, sendo curta, obriga a uma monitorização constante para não permitir desvios ao planeado.

Por forma a dar resposta aos diagnósticos identificados considera-se também essencial que seja medido o impacto financeiro destas intervenções na dimensão do investimento a realizar pelas organizações. Assim, atendendo à metodologia aplicada, importa elencar os custos associados aos recursos que serão necessários: para além da necessidade do profissional relevante na

literatura, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, será também necessário um motorista que garanta a mobilidade do profissional.

Não obstante estes dois profissionais haverá sempre lugar à normal articulação com outros agentes da comunidade bem como da equipa clínica. As competências do Enfermeiro Especialista passam não só pela gestão de equipas e de cuidados, mas também pela gestão dos recursos, sejam eles materiais ou financeiros, assumindo-se este Enfermeiro como um garante da sustentabilidade, pela capacidade de análise global a realizar bem como pela eficiência desta gestão.

Assim, foram mobilizados para a execução do presente projeto: a viatura da Unidade de Saúde, o motorista designado em cada momento, bem como estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem que, encontrando-se a realizar o Ensino Clínico na Unidade, e no mesmo contexto, puderam mobilizar o apoio na aplicação dos instrumentos permitindo também uma maior consciencialização destes acerca dos conceitos de risco e da fragilidade no idoso.

De forma a tornar compreensíveis os custos relacionados com a operacionalização do projeto, foi elaborado um plano financeiro (APÊNDICE XII) cujo valor mínimo para um mês de acompanhamento nesta modalidade seria de 798,48€ ao passo que o máximo de três meses de acompanhamento corresponderia a 2.395,44€.

Após a realização do plano financeiro, torna-se interessante analisar os valores calculados à luz do custo de um internamento numa Unidade Hospitalar, que ascende a valores superiores a 700€/dia (Guerreiro, 2017), ou seja, cerca de 21.000€/mês, ou até um internamento numa Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cuja diária máxima ascende a 109,42€/mês (Portaria nº 17/2020 Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, 2020), ou seja, 3.282,60€/mês. Desta forma é possível prever uma poupança que ronda, num mês, vários milhares de euros. É assim visível o diferencial financeiro existente, quer para o sistema de saúde, quer para o cliente, que despende menos recursos em deslocações às unidades hospitalares por exemplo, bem como a mais-valia de um acompanhamento personalizado e

no conforto do seu próprio domicílio, com claros ganhos em saúde e no seu bem-estar.

2.8. Avaliação

2.8.1. Operacionalização do Modelo

De acordo com as estratégias que haviam sido definidas, foram realizadas 45 visitas domiciliárias aos utentes incluídos na amostra. Em cada visita foi realizada uma avaliação do seu contexto em colaboração com o cuidador e/ou família presente. Estas visitas aconteceram sempre em parceria com a equipa de apoio domiciliário numa perspetiva de avaliação integrada e referenciação atempada das várias situações de saúde.

A. Problema Prioritário: Risco de Queda

Foram avaliados em cada momento os conhecimentos dos cuidadores e utentes acerca das quedas, com a respetiva avaliação do risco de queda, bem como, realizadas ações educativas, com intervenções direcionadas e personalizadas, destacando-se:

- Benefícios físicos e psicológicos da prevenção de quedas;
- Onde obter informação;
- Atuação no caso de queda;
- Análise e remoção de obstáculos potenciais;
- Entrega de material informativo.

Meta:

- A.1.1.1. Que 95% dos utentes não apresentem quedas no decorrer do projeto – **Atingida (100%)**;

Indicadores:

- A.1.1.1.1. Taxa de Efetividade na Prevenção de Quedas (nº. de utentes com risco de cair sem cair / nº de utentes com risco de cair x 100 = 37/37 x 100) – **100%**;
- A.1.1.1.2. Taxa de Prevalência de Quedas (nº total de utentes com queda/nº total de utentes x 100 = 0/37 x 100) – **0%**;
- A.1.1.1.3. Conhecimento do Cuidador sobre risco de queda (nº. de prestadores de cuidados com ganhos de conhecimento/nº total de prestadores de cuidados com défice x 100 = 37/37 x 100) – **100%**

Demonstrado;

- Entrega de material informativo e explicação do material para validação, esclarecimento de dúvidas e demonstração no domicílio de quais as medidas a adotar.

Limitações:

- Dimensão da amostra;

B. Diagnóstico Prioritário: Crise de Saúde Aguda

No diagnóstico elencado de crise de saúde aguda, o projeto desenvolveu-se com o objetivo de capacitar os utentes para o seu projeto de saúde, capacitando-os e orientando-os na sua tomada de decisão, recorrendo ao *empowerment* como ferramenta comunitária. Para compreender a efetiva fragilidade do idoso, como garante de uma adequada intervenção, foi então aplicada a EFS, cujos resultados revelaram a eleva fragilidade da amostra. Das intervenções elencadas para dar resposta aos objetivos, estavam definidas as seguintes:

- Liderar processos de avaliação da fragilidade do idoso:
 - **Atingido.** Realizadas avaliações da fragilidade do idoso, caracterizando-o quando ao nível de severidade;

- Acompanhar idas ao SU e possíveis internamentos hospitalares:
 - **Não atingido.** Não ocorreram internamentos hospitalares e a única ida ao SU originou o regresso no mesmo dia;
- Visitas domiciliárias regulares e *follow-up* telefónico:
 - **Atingido, parcialmente.** Decorreram visitas domiciliárias, com acompanhamento dos casos, bem como acompanhamento telefónico se necessário. Das 3 visitas/utente previstas, ou seja, 111 no total, foram realizadas 45, o que corresponde a 40,5% de execução. Não ocorreu *follow-up* telefónico pós internamento por este não ter existido em nenhum cliente da amostra;
- Responsabilização dos agentes:
 - **Atingido.** A responsabilização de utentes, cuidadores e respetivos familiares quando presentes, permitiu uma maior consciencialização acerca da necessidade de uma adequada gestão do seu processo de saúde. Simultaneamente a responsabilização dos agentes aconteceu também no domínio multidisciplinar.
- Identificação precoce dos riscos e sintomas:
 - **Atingido.** A avaliação da fragilidade do idoso, concomitante com a avaliação do risco de queda, permitiu uma avaliação dos riscos bem como sintomatologia associada, permitindo também a consciencialização do cliente, cuidador e familiares da sua situação clínica.
- Comunicação efetiva:
 - **Atingido.** Esta terá sido a competência mais desenvolvida tendo em conta a necessidade de estruturar uma relação suportada em comunicação terapêutica e, expetavelmente e posteriormente, em relação de ajuda.

Meta:

- B.1.1.1. Que 100% dos utentes tenham o seu grau de fragilidade avaliado – **Atingido (100%)**

- B.1.1.2. Que no decorrer do projeto exista uma redução do número de acessos ao SU comparativamente com o período homólogo – **Atingido** (existência de 8 acessos ao SU comparativamente com 1 acesso em período homólogo)

Indicadores:

- B.1.1.1.1. Taxa de Acesso ao SU; Recursos às urgências hospitalares e número de dias de internamento; Diminuição dos recursos às urgências.
 - 3% de acesso ao SU (número total de acessos ao SU/nº total de utentes x 100 = $1/37 \times 100$), um cliente que recorreu ao SU regressando no mesmo dia. Em período homólogo existiram 8 acessos ao SU por parte da amostra (conforme dados dos processos clínicos) pelo que estamos perante um acesso de 12,5% (nº acessos ao SU em janeiro de 2019/nº acessos SU em janeiro de 2020 x 100 = $1/8 \times 100$), ou seja, uma redução de 87,5%;
- B.1.1.1.2. Modificação positiva pelo conhecimento demonstrado do cuidador
 - Neste indicador fica patente o envolvimento dos utentes, cuidadores e famílias no que respeita ao conhecimento e gestão da doença crónica, sendo exemplo disso a não existência de recursos ao SU e/ou internamentos hospitalares. Foram realizadas ações educativas com vista à gestão do regime terapêutico bem aos sinais e sintomas de agudização da doença crónica.

Limitações:

- Dimensão da amostra

2.8.2. Disseminação da Informação

Na consecução do previsto da delineação do projeto, importa assim garantir a disseminação da informação como garante da translação para a prática e para um contributo efetivo para a ciência da disciplina. Assim, o projeto e outros

trabalhos académicos desenvolvidos concomitantes com este forma disseminados da seguinte forma:

Projetos

- **Angelini University Awards 2019**

- a. Este concurso teve por objetivo contribuir para a dinamização da inovação e criatividade em áreas de conhecimento que, de forma direta, envolvam a temática da Saúde, através da distinção de um projeto reconhecido pelo júri como sendo de grande qualidade e relevância. (Angelini University Award, 2018)
- b. Submissão do Projeto: Envelhecimento na comunidade e o *Transitional Care Model* - Promoção da transição segura entre níveis de cuidados como uma nova abordagem organizacional; (APÊNDICE VI)
- c. Este projeto foi submetido no âmbito das novas abordagens organizacionais, pois eram solicitados projetos de melhoria na articulação/continuidade de cuidados entre as unidades hospitalares e os serviços de Medicina Geral e Familiar e/ou RNCCI quando os doentes internados em casa já não necessitassem de cuidados de nível hospitalar (Angelini University Award, 2018);

Jornadas & Conferências

- **1as Jornadas “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde”, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 18.12.2019**
 - a. Foram solicitados projetos para estágio com relatório/trabalho de projeto/dissertação de final de curso de mestrado, em fase de conceção. A comunicação deveria caracterizar o projeto e evidenciar como nele estão a ser e se preveem ser mobilizadas as competências do enfermeiro de prática de Enfermagem Avançada;

- b. Submetido, aceite, apresentado em formato de poster (APÊNDICE VII) e respetivo certificado (ANEXO IV);
- **I Conferência de Integração de Cuidados de Saúde, Universidade Nova de Lisboa, 12.03.2020**
 - a. Organizada pela *NOVAsaúde Integrated Care*, em parceria com a APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e a PAFIC - *Portuguese Association for Integrated Care*;
 - b. Dirigida a profissionais de saúde, docentes, investigadores, estudantes e demais interessados no tema em análise e tem como objetivo apresentar estudos num formato que permita ampla discussão entre os participantes sobre todas as áreas relevantes para a Integração de Cuidados de Saúde. (NOVAsaúde, 2020)
 - c. Resumo submetido, aceite, a ser apresentado em formato de poster (ANEXO V).
- **12º Aniversário da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 05.12.2019**
 - a. Apresentação de Poster “Cancro colo retal: Uma abordagem epidemiológica” (APÊNDICE VIII) e respetivo certificado (ANEXO VI);
 - b. Apresentação do Poster: “Apreciação de uma Família em Contexto Comunitário: Modelo Dinâmico como Referencial para Avaliação e Intervenção Familiar” (APÊNDICE IX) e respetivo certificado (ANEXO VII);
- **2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, 16-18.10.2019, Lisboa**
 - a. Com este evento a SPESF pretende contribuir para a divulgação de evidências na Enfermagem de Saúde Familiar, em particular e, da Saúde Familiar em geral, a nível nacional, ibérico e mundial, assim como contribuir para que a história da Enfermagem da

Saúde Familiar seja cada vez mais coletiva, integrativa, mais vasta e mais participativa (CINESF, 2019).

- b. Resumo submetido e aceite, com apresentação do poster: “Da Apreciação ao Diagnóstico: Avaliação de uma Família em Contexto Comunitário” (APÊNDICE X) e respectivo certificado (ANEXO VIII).

Publicações:

- **Revista Eletrônica Gestão & Saúde (*Electronic Journal Management and Health*), 2020**
 - a. Respondida à chamada de artigos para a Revista Eletrônica Gestão & Saúde, que é um periódico eletrônico quadrimestral, do Núcleo de Estudos em Promoção da Saúde, (Nesprom/Ceam - UnB) e Gestão de Serviços Públicos, Universidade de Brasília, que publica artigos originais que abordam estudos interdisciplinares com enfoque tanto na gestão pública de saúde quanto no processo de gestão dos serviços de saúde. É de interesse da G&S receber artigos que contemplem as diversas interfaces possíveis entre Gestão Pública e Saúde, sejam elas nas perspectivas qualitativas ou quantitativas, com foco em aspectos subjetivos ou objetivos, macro ou microssociais, sejam temas contemporâneos ou perspectivas históricas.
 - b. Nascimento, T., & Costa, M. (2020). Transitional Care Model: um Novo Modelo de Gestão de Cuidados na Comunidade. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 11(1), 25–37.

CONCLUSÕES

Limitações

Considerando a execução do presente projeto de estágio, as limitações prendem-se com a reduzida dimensão da amostra bem como a inexistência da aplicação do TCM no contexto português que permitisse a realização de *benchmarking*.

Desenvolvimento de Competências

Este projeto permitiu dar resposta às várias qualificações previstas nos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015) para o grau de mestre, as quais se coadunam com Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) bem como com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, relativamente ao conhecimento e capacidade de compreensão, de acordo com os Descritores de Dublin, o constituir de uma base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação materializou-se na elaboração de um projeto original, recorrendo à aplicação da Metodologia de Planeamento em Saúde, sustentado no Modelo de *Empowerment* e nos referenciais já definidos. Este projeto dá também resposta ao Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, na competência B1, em que garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, e B2, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Simultaneamente, nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, é dada resposta à Competência 1: estabelece, com base na metodologia do processo de Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Na aplicação dos conhecimentos e compreensão, de acordo com os Descritores, a articulação em contexto multidisciplinar e o trabalho desenvolvido em contextos de elevada vulnerabilidade, com uma maior diferenciação e complexidade, permitiu dar resposta a esta dimensão. Pode então concluir-se que foram também desenvolvidas as Competências Comuns C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro, e a Competência Específica 2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Segundo os Descritores de Dublin, a realização de julgamentos e tomada de decisões aborda a complexidade da tomada de decisão, sustentada nas dimensões ética e legal, com uma reflexão aprofundada. Esta reflexão foi sendo desenvolvida em contexto de prática clínica, suportada em questões orientadas pela Enfermeira Orientadora e Professora, de acordo com as prioridades a definir e de acordo com as necessárias reformulações. Esta reflexão toma uma pertinência maior considerando a idade avançada dos utentes a quem foram prestados cuidados e cuja acessibilidade aos cuidados foi assim trabalhada, melhorando a equidade no acesso e garantindo a segurança em situações complexas de cuidados. Este desenvolvimento de Competências, é Comum ao Enfermeiro Especialista pois este (competência A1) desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

No que respeita à disseminação da informação, esta consubstancia-se na divulgação do conhecimento produzido ao longo do projeto, dando também resposta aos Descritores de Dublin, na medida em que é exetável que os mestrandos podem comunicar suas conclusões, e o conhecimento e a razão subjacente, para audiências especializadas e não especializadas de forma clara e inequívoca. Relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é desenvolvida a seguinte competência: D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica e Unidade de Competência: D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. Neste âmbito foram também desenvolvidas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente as seguintes: Competência: 1 —

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e Unidade de Competência: 1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Este projeto consubstanciou-se também no critério de avaliação: 1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. Também foi desenvolvida a competência: 2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades em que no ponto 2.3 — Proceda à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. Concomitantemente com o critério 1.4.5, também é operacionalizado o critério de avaliação: 2.3.6. Sistematiza e documenta os projetos de intervenção comunitária.

A Comunicação, prevista nos Descritores de Dublin, enquadra-se na perspetiva já acima elencada no que concerne à disseminação da informação, através da partilha de resultados em vários contextos, académicos e não académicos, tendo sido realizado com recurso à publicação de artigos, apresentações em conferências e que terá como culminar, a entrega e apresentação dos documentos finais na instituição na qual desenvolvi o estágio estando prevista a apresentação pública dos resultados. Desta forma, foi também dada resposta à Competência Comum D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica e Específica 2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Finalmente, o último Descritor, respeitante às competências de autoaprendizagem, foi desenvolvido através de pesquisa, de frequência das conferências e da utilização das bases de dados, com o objetivo de promover uma efetiva translação do conhecimento para a prática clínica. Assim, pode afirmar-se que foram também desenvolvidas competências comuns pois o Enfermeiro Especialista (Competência D1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade nos contextos de prática clínica.

Foram também desenvolvidas competências de liderança e gestão de processos, não só por todo o processo de planeamento e implementação do projeto, como também pelo apoio dado à organização no desenvolvimento de boas práticas no que respeita às dotações seguras, através da elaboração de documentos orientadores e normativos, bem como realização de diagnósticos

de situação com especial enfoque no cliente idoso institucionalizado. Neste contexto, foram desenvolvidas as competências comuns previstas no domínio da gestão de cuidados e competência específica 3: integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Considerações

A realização deste projeto permitiu implementar intervenções que deram resposta à finalidade, dado que não existiram internamentos no decorrer da implementação do projeto. Assim, o TCM foi implementado e, apesar de não ter existido uma promoção da transição entre os níveis de cuidados, considera-se que foi dada resposta ao previsto enquanto objetivo específico, na perspetiva de capacitar os utentes e cuidadores para a autogestão da sua saúde.

Desta forma foi preparada toda a logística e acompanhamento em caso de internamento/reinternamento, não tendo sido necessária a sua aplicação do terreno visto as intervenções preconizadas terem promovido efetivos ganhos em saúde. No entanto, o desafio será no futuro, operacionalizar o TCM aquando da existência de internamentos e/ou reinternamentos.

Terminado este percurso torna-se premente realizar uma reflexão abrangente daquele que foi todo o caminho, não apenas no contexto da realização do Estágio, mas do desenvolvimento de competências ao longo de todo o Mestrado. Este caminho permitiu uma clara diferenciação e distinção do papel do Enfermeiro Especialista, enquanto agente de mudança, desde a perspetiva operacional através da prestação de cuidados especializados, materializados em avaliações e apreciações familiares, com intervenções complexas e abrangentes, à intervenção na perspetiva tática, na qual lidera processos de mudança na gestão das equipas, e na operacionalização de novos projetos. Importa ainda distinguir a dimensão que efetivamente poderá ser aquela em que o Enfermeiro Especialista tem mais impacto, e que consubstancia a dimensão estratégica, em que este contribui para a mudança nas políticas de saúde, organizacionais ou não, permitindo mudanças de paradigma de cuidados,

de acordo com as mudanças sociais e de saúde causando enorme impacto direto nas comunidades.

Dado o sucesso obtido no presente projeto, é atualmente intenção da organização onde foi desenvolvido, a sua implementação nas restantes Unidades de Saúde iniciando, desta forma, o mote para o desenvolvimento de uma nova política de organização e integração de cuidados, numa dimensão de proximidade e de articulação multidisciplinar, com um foco importante na segurança, mais concretamente na transição segura.

O passo seguinte será continuar a demonstrar, com recurso à evidência, a mais-valia da aplicação da metodologia do planeamento em saúde, demonstrando os resultados que irão surgindo, recorrendo a uma efetiva monitorização. De acordo com esta vontade, importa também exercer a profissão e as competências especializadas em contexto de autonomia e reconhecimento pleno dos ganhos que podem advir pela existência de Enfermeiros Especialistas.

Este mestrado, e este relatório, permitiram um olhar mais aprofundado e global sobre a profissão, numa vertente de enfermagem avançada e especializada. A profissão deve assim estar focada num desenvolvimento constante das necessidades do cidadão, e numa necessidade cada vez maior de investimento nos cuidados de saúde primários, base de todo o sistema, e determinante para um futuro mais sustentável e promissor. Permitiu também o olhar crítico e a aplicação dos Enunciados Descritivos, na assunção de que a profissão só se constrói e só pode ser reconhecida quando se cumpre o desígnio da defesa do cidadão e se exerce na procura constante da excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS

- Andersson, Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2015). Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), 377–385. <https://doi.org/10.1111/inr.12192>
- Andrade, A. do N., Fernandes, M. das G. M., Nóbrega, M. M. L. da, Garcia, T. R., & Costa, K. N. de F. M. (2012). Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 748–756. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000400004>
- Angelini University Award. (2018). *Hospital 2.0 - O hospital é em minha casa: projetos facilitadores da hospitalização no domicílio*. Lisboa.
- Assembleia da República Portuguesa. (2019). *Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º 140/2019 - Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*.
- Boyle, J., Speroff, T., Worley, K., Cao, A., Goggins, K., Dittus, R. S., & Kripalani, S. (2017). Low health literacy is associated with increased transitional care needs in hospitalized patients. *Journal Of Hospital Medicine*, 12(11), 918–924. <https://doi.org/10.12788/jhm.2841>
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., ... Deatrick, J. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) Transitional Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 369–375.
- Bumpus, S. M., Brush, B. L., Wheeler, J., Pressler, S. J., Eagle, K. A., & Rubenfire, M. (2016). Cost analysis of an advanced practice registered nurse transitional care model for cardiac patients. *Nursing Economics*, 34(5).
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2015). *Metodologia da investigação - guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta (2.ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta
- CINESF. (2019). Mensagem - CINESF. Obtido 25 de Fevereiro de 2020, de <https://cinesf.pt/sobre/mensagem/>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística

- e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Decreto-Lei n.º 65/2018, Pub. L. No. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, 4147 (2018). Portugal. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativo nº13 /DGCG*. Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. Obtido de <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>
- EUROSTAT. (2017). Estatísticas do emprego - statistics explained. Obtido 25 de Março de 2019, de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_statistics/pt
- Fabrizio-Wehbe, S. C. C., Schiaveto, F. V., Vendrusculo, T. R. P., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., & Rodrigues, R. A. P. (2009). Cross-cultural adaptation and validity of the «Edmonton Frail Scale - EFS» in a Brazilian elderly sample. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600018>
- Farinatti, P. de T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(4), 129–138. <https://doi.org/10.1590/s1517-86922002000400001>
- Finlayson, K., Chang, A. M., Courtney, M. D., Edwards, H. E., Parker, A. W., Hamilton, K., Pham, T. D. X., O'Brien, J. (2018). Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª Edição). São Paulo:

Editora Atlas.

- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2, 49–53.
- Gu, L., Rosenberg, M. W., & Zeng, J. (2017). Changing caregiving relationships for older home-based Chinese people in a transitional stage: Trends, factors and policy implications. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.002>
- Guerreiro, C. (2017). A saúde não tem preço? Obtido 26 de Fevereiro de 2020, de <https://expresso.pt/sociedade/2017-03-05-A-saude-nao-tem-preco->
- Heeren, P., Devriendt, E., Fieuws, S., Wellens, N. I. H., Deschodt, M., Flamaing, J., Sabbe, M., Milisen, K. (2019). Unplanned readmission prevention by a geriatric emergency network for transitional care (URGENT): A prospective before-after study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1233-9>
- Hung, D., Truong, Q., Yakir, M., & Nicosia, F. (2018). Hospital-community partnerships to aid transitions for older adults: applying the care transitions framework. *Journal Of Nursing Care Quality*, 33(3), 221–228. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000294>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1983). *Metodologia do planeamento da saúde - manual para a sua utilização*. (E. N. de S. Pública, Ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Instituto Nacional da Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2019). Infográfico INSA – Doença crónica - INSA. Obtido 31 de Agosto de 2019, de <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa---doenca-cronica/>
- Jin, K. (2010). Modern biological theories of aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72–74. <https://doi.org/10.1093/jn/119.6.952>
- Joint Quality Initiative. (2015). The origin of the Dublin Descriptors - short history, (September), 1–10. Obtido de <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>
- Kahlon, S., Pederson, J., Majumdar, S. R., Belga, S., Lau, D., Fradette, M., Boyko, D., Bakkal, J., Johnston, C., Padwal, R., McAlister, F. A. (2015). Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 187(11), 799 LP – 804.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.150100>

Leal, I. (2006). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Martins, D., Carvalho, I., Cordeiro, N., & Pinheira, V. (2012). Validation of the Edmonton frail scale (EFS) to the Portuguese reality [Contributo para a validação da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS) para a realidade portuguesa]. Em *Castelo Branco: International Portuguese-Spanish Congress (Communication)*. Obtido de <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1505>

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5.ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12–28.

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

Naylor, M. D., & Sochalski, J. A. (2010). Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 103, 1–12.

NOVA saúde. (2020). I Conferência de integração de cuidados de saúde - 12 março | Universidade NOVA de Lisboa. Obtido 25 de Fevereiro de 2020, de <https://www.unl.pt/agenda/novasaude/i-conferencia-de-integracao-de-cuidados-de-saude-12-marco>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Enfermagem Comunitária: um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 428/2018 - Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República § (2018). Portugal. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/17/2020/01/24/p/dre>
- Park, H., Satoh, H., Miki, A., Urushihara, H., & Sawada, Y. (2015). Medications associated with falls in older people: Systematic review of publications from a recent 5-year period. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(12), 1429–1440. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1955-3>
- Pereira, K. G., Peres, M. A., Iop, D., Boing, A. C., Boing, A. F., Aziz, M., & D'Orsi, E. (2017). Polifarmácia em idosos: Um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 335–344. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
- Portaria nº 17/2020 Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 17/2020, Série I de 2020-01-24, 2 (2020). Portugal. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/17/2020/01/24/p/dre>
- Rezapour-Nasrabad, R. (2017). Introducing a new nursing care model for patients with chronic conditions. *Electronic physician*, 9(2), 3794–3796. <https://doi.org/10.19082/3794>
- Rezapour-Nasrabad, R. (2018). Transitional care model: Managing the experience of hospital at home. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(5). <https://doi.org/10.29333/ejgm/93445>
- Sais, C., Martinez, E., Lopes, H., Completo, J., Delgado, M., & Casas, M. (2013). Impacto do internamento dos doentes crónicos no SNS. *II Conferência Benchmarking Clínico, Dezembro 2013*, pp. 1–42.
- Soto, G. E., Huenefeldt, E. A., Hengst, M. N., Reimer, A. J., Samuel, S. K., Samuel, S. K., & Utts, S. J. (2018). Implementation and impact analysis of a transitional care pathway for patients presenting to the emergency department with cardiac-related complaints. *BMC Health Services*

- Research*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3482-2>
- Sousa-Pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 711–720.
- Teixeira, I. N. D. A. O., & Guariento, M. E. (2010). Biology of aging: Theories, mechanisms, and perspectives. *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(6), 2845–2857. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000600022>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. The Joanne Briggs Institute. Obtido de http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf
- White, P., Hall, L. M., & Lalonde, M. (2011). Adverse patient outcomes. Em *Nursing Outcomes - The state of the science* (pp. 241–284). Jones & Bartlett Learning.
- WHO. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report*. World Health Organization.
- WHO. (2009). Health promotion Track 1 : Community empowerment. *7th Global Conference on Health Promotion: Track themes*, 3–5. Obtido de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice - aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

APÊNDICES

APÊNDICE I – *Questionário Sociodemográfico*

Questionário Sociodemográfico

O Papel do Enfermeiro Especialista na Implementação do *Transitional Care Model* na Comunidade

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem Comunitária | **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa** |
2019-2020

Sexo:

Masculino: __

Feminino: __

Idade:

__ anos

Escolaridade:

Sem Escolaridade: __

Ensino Básico: __

Ensino Secundário: __

Ensino Superior: __

Agregado Familiar/Tipo de Família:

Família Extensa ou Alargada: __

Família Unitária: __

Família com Dependente: __

Família Reconstruída: __

Profissão/Atividade Profissional:

APÊNDICE II – Autorização para Realização do Projeto

Tiago Nascimento
Rua Eng.º Rui Nogueira Simões, nº7 RCEsq
2665-622 Malveira

*Concordo c/ a aplicação do Projeto,
reavaliadas as dimensões éticas
e os requisitos do RGPD.*

2023/08/23

Luís Jorge J

Exma. Sra. Enfermeira Diretora,
Enfermeira Manuela Saraiva Marques
Direcção de Saúde Santa Casa
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Assunto: Pedido de Autorização para Desenvolvimento de Projeto no Âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Exma. Sra. Enfermeira Diretora,

No âmbito da minha frequência do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicito autorização para o desenvolvimento do Projeto Final e respetivo Estágio, na Unidade de Saúde Santa Casa Dr. José Domingos Barreiro, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Enfermeira Sónia Rute Reis Marçal. Este Estágio e Projeto terão a supervisão e orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Título do Projeto:

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA IMPLEMENTAÇÃO DO *TRANSITIONAL CARE MODEL* NA COMUNIDADE

Justificação do Projeto: O aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional atual trazem um impacto na sustentabilidade e na gestão dos recursos em saúde (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Por outro lado, as admissões hospitalares têm vindo a aumentar na realidade europeia e dessas admissões muitas dizem respeito a readmissões, sendo que a taxa de reinternamento, em Portugal, sofreu um aumento ao longo da última década, fixando-se em 2018 em valores aproximados de 8% (Sousa-Pinto et al., 2013).

Fundamentação: O envelhecimento enquanto percurso inevitável, universal e irreversível que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, comprometido por mudanças

a nível biológico, psicológico e social (DGS, 2006; Zimmerman, 2000). Prevê-se ainda que 3 em cada 10 residentes, em Portugal, terão 65 ou mais anos em 2050 (EUROSTAT, 2017) Tendo em conta este envelhecimento, os internamentos existentes e que as taxas de mortalidade são superiores nos episódios de reinternamento (Sousa-Pinto et al., 2013), surge assim uma necessidade de reduzir estes valores e de criar uma aproximação estratégica entre a comunidade e os cuidados hospitalares tendo como foco o utente idoso com uma deficitária gestão do seu projeto de saúde, surgindo assim o *Transitional Care Model* (TCM) como referencial teórico, associado ao modelo de *Empowerment* como garante da intervenção para a melhoria da gestão do seu regime de saúde. Além dos referenciais, este projeto visa também dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária bem como aos Descritores de Dublin associados ao ciclo de estudos, conducentes ao grau de mestrado. Considerando então a problemática, este projeto teve assim como ponto de partida a seguinte questão: a intervenção do Enfermeiro Especialista em EC, com recurso ao TCM, reduz os internamentos/reinternamentos hospitalares?

Objetivo Geral: Reduzir os reinternamentos hospitalares dos utentes com fragilidade, em contexto domiciliário, com recurso ao TCM.

Objetivos Específicos: 1. Implementar o TCM numa Unidade de Saúde; 2. Promover a transição segura entre o internamento e os cuidados de saúde primários; 3. Capacitar os utentes e cuidadores para a auto-gestão da sua saúde.

Estratégia e Instrumentos: Metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), como garante de uma sistematização dos processos a seguir bem como da efetiva avaliação de todo o projeto. Adicionalmente recorreu-se à metodologia de *scoping review* (The Joanna Briggs Institute, 2015) para sustentar a pertinência do projeto. Este projeto terá como recurso visitas domiciliárias para avaliação dos clientes e cuidadores e acompanhamento no decorrer e após o internamento hospitalar, caso este aconteça. Considerando assim a necessidade de avaliar a fragilidade do idoso foi elencado como instrumento de colheita de dados a *Edmonton Frail Scale* bem como a Escala de Quedas de Morse para permitir a consideração de vários fatores que aumentam a fiabilidade e sensibilidade das escalas. Adicionalmente será aplicado um questionário sociodemográfico. Todos estes resultados serão trabalhados estatisticamente.

Resultados e Discussão: A implementação deste modelo de cuidados assume-se não só enquanto uma perspetiva académica para obtenção do título de especialista e consequente mestrado, mas também numa perspetiva de futuro, de transversalizar uma prática e de um projeto que se pode consubstanciar numa mais valia para uma instituição. Na pesquisa realizada foi perceptível a compreensão de que este modelo já se encontra implementado em vários países mas sempre com um denominador comum: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária enquanto elemento central do modelo, na perspetiva da sua gestão obviamente. É sobre o Enfermeiro que recai a responsabilidade de agregar toda a informação e de garantir a continuidade dos cuidados.

Implicações para a Prática: A realização deste projeto permitirá o desenvolvimento de competências relacionadas com a pesquisa de literatura relevante, a reflexão crítica para aplicação na prática, bem como a utilização de instrumentos que permitirão um adequado diagnóstico de situação. A implementação deste projeto permitirá também a eliminação de barreiras no serviço nacional de saúde, bem como no restante sistema, possibilitando o acompanhamento do idoso no seu contexto, reduzindo os internamentos bem como todos os seus custos associados e aumentando a eficiência do acompanhamento deste utente.

Dimensão Temporal do Projeto: Setembro a Fevereiro de 2019.

Dimensão Ética: Garantida a confidencialidade de todos os dados e consentimento dos interessados.

Custos: Sem custos associados.

Divulgação dos Resultados:

- Relatório Final de Estágio;
- Apresentação dos Resultados à SCML;
- Entrega do Relatório ao Centro de Documentação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Referências Bibliográficas:

ACSS. (2018). Monitorização Mensal Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência - Internamento.

Retrieved February 10, 2019, from http://benchmarking.acss.mih.gov.pt/MH_ProdRacioEficiInternamentoDashboard

Naylor, M. D., & Sochalski, J. A. (2010). Scaling up: bringing the transitional care model into the

mainstream. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 103(11), 1-12;

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, 12

Estarei ao dispor para qualquer esclarecimento que entenda necessário.

Sem mais de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração,

Malveira, 21 de agosto de 2019



Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Número mecanográfico: 101416

tnascimento@campus.esel.pt | 963953132

APÊNDICE III – Autorização para Utilização da *Edmonton Frail Scale*

Pedido_Utilização_Escala_EFS_06.06.2019

3 mensagens

Tiago Nascimento <tnascimento@campus.esel.pt>
Para: danielaibmartins@gmail.com, vpinheira@ipcb.pt
Cc: lcosta@esel.pt
Bcc: sonia.marcas@scml.pt

6 de junho de 2019 às 17:32

Exmo. Sr. Professor,
Fisioterapeuta Vítor Pinheira

Exma. Sra. Fisioterapeuta,
Daniela Martins

Boa tarde,

O meu nome é Tiago Nascimento, sou enfermeiro e encontro-me a desenvolver o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Professora Doutora Lourdes Varandas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Desta forma, para desencadear o meu diagnóstico de situação na comunidade, tendo em conta a necessidade de tornar mensurável a fragilidade do idoso, surgiu a *Edmonton Frail Scale* como instrumento importante para atingir este objetivo.

Assim, gostaria de solicitar a Vossa autorização para a utilização do instrumento e eventuais diligências/orientações na aplicação do mesmo.

Antecipadamente grato pela atenção, encontro-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos que entendam necessários.

Subscrevo-me com elevada estima e consideração,

Tiago Nascimento, RN, MSc
+351 963 953 132
tnascimento@campus.esel.pt



Sender notified by
[Mailtrack](#)

Daniela Martins <danielaibmartins@gmail.com>
Para: Tiago Nascimento <tnascimento@campus.esel.pt>

6 de junho de 2019 às 20:54

Boa noite.
Da minha parte está a vontade para utilizar a escala.
Em anexo envio o artigo na íntegra para poder facilitar.

Com os melhores cumprimentos,
Daniela Martins
[Citação ocultada]



Artigo_Contributo para a Validação da Edmonton Frail Scale_Daniela Martins.pdf
614K

**APÊNDICE IV – Autorização para Utilização da Escala de
Quedas de Morse**

Pedido_Utilização_Escala_Quedas_Morse_06.06.2019

3 mensagens

Tiago Nascimento <tnascimento@campus.esel.pt>

6 de junho de 2019 às 17:52

Para: enfcdias@gmail.com

Cc: lcosta@esel.pt

Bcc: sonia.marcas@scml.pt

Exma. Sra. Enfermeira Diretora,
Doutora Maria José Costa Dias

Boa tarde,

O meu nome é Tiago Nascimento, sou enfermeiro e encontro-me a desenvolver o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, sob orientação da Professora Doutora Lourdes Varandas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Desta forma, para desencadear o meu diagnóstico de situação na comunidade, tendo em conta a necessidade de tornar mensurável o risco de queda nos utentes em estudo, surgiu a Escala de Quedas de Morse como instrumento importante para atingir este objetivo.

Assim, gostaria de solicitar a Sua autorização para a utilização do instrumento e eventuais diligências/orientações na aplicação do mesmo.

Antecipadamente grato pela atenção, encontro-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos que entendam necessários.

Subscribo-me com elevada estima e consideração,

Tiago Nascimento, RN, MSc

+351 963 953 132

tnascimento@campus.esel.pt



Sender notified by
[Mailtrack](#)



Sender notified by
[Mailtrack](#)

Maria José Costa Dias <enfcdias@gmail.com>
Para: Tiago Nascimento <tnascimento@campus.esel.pt>

7 de junho de 2019 às 08:06

Informo que concedo a autorização solicitada.
A escala de quedas de Morse destina-se apenas a ser utilizada em pessoas com 18 ou mais anos.
Pode encontrar a explicação da Escala nos artigos publicados. Pode consultar também RIMAS.
Desejo sucesso para a sua formação e estudo.
Maria José Costa Dias
[Citação ocultada]

Tiago Nascimento <tnascimento@campus.esel.pt>

7 de junho de 2019 às 09:53

Para: Maria José Costa Dias <enfcdias@gmail.com>
Cc: lcosta@esel.pt

Exma. Sra. Enfermeira Diretora,
Doutora Maria José Costa Dias

Bom dia,

Muito agradeço a breve resposta. Irei dar seguimento às Suas orientações.

Votos de bom fim de semana.

Subscribo-me com elevada estima e consideração,

Tiago Nascimento, RN, MSc

+351 963 953 132

tnascimento@campus.esel.pt



Remetente notificado por
[Mailtrack](#)

[Citação ocultada]

APÊNDICE V – Cronograma

Opção II | Projeto & Estágio com Relatório

10ª Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Period Highlight: 48

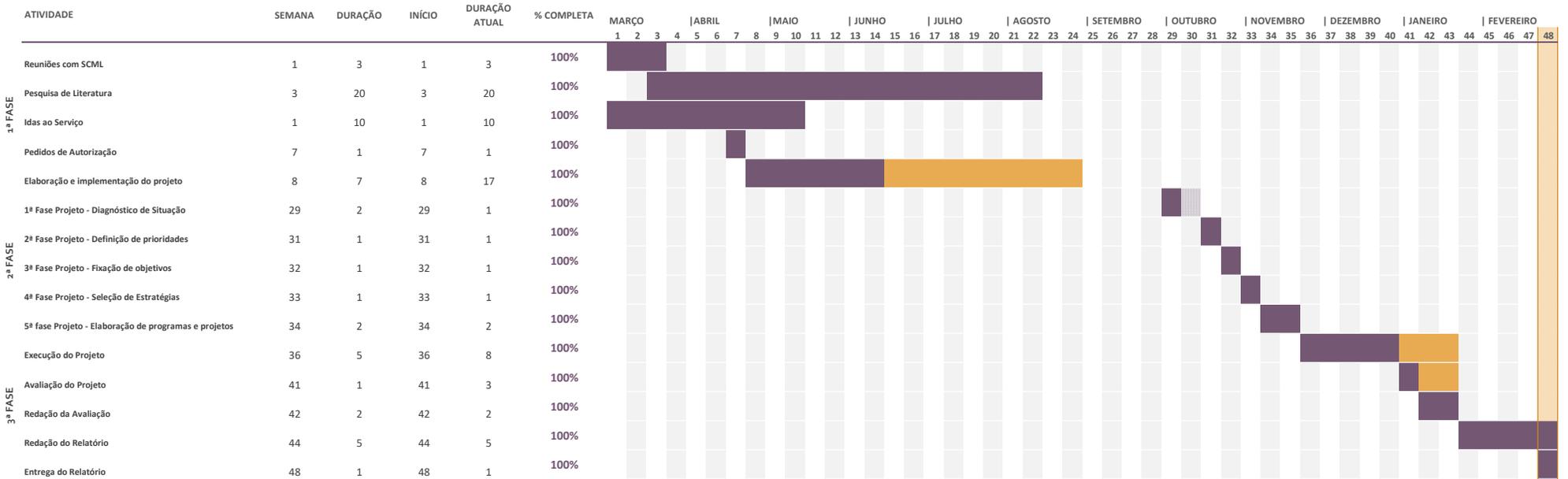
Duração

Início

% Completa

Atual

% Completa para além do plano



APÊNDICE VI – Projeto Angelini

ANGELINI UNIVERSITY AWARDS 2019

*Envelhecimento na
comunidade e o Transitional
Care Model*

Promoção da transição segura entre
níveis de cuidados como uma nova
abordagem organizacional

Ana Veiga, Diana Roriz, Maria João Gama, Micaela
Sousa, Tiago Nascimento | Professora Doutora Lourdes
Varandas | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Junho de 2019

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	2
1. DIMENSÃO DO PROBLEMA	3
1.1. Pertinência da temática	3
1.2. Modelo Conceptual	4
1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	5
2. METODOLOGIA	6
2.1. <i>Scoping Review</i>	7
2.2. Diagnóstico de Situação	8
2.2.1. Instrumento de Colheita de Dados	8
2.2.2. Critérios constantes do modelo	9
2.2.3. Operacionalização do modelo.....	10
2.2.4. <i>Outcomes</i>	10
2.2.5. Recursos	11
3. CONCLUSÃO	12
4. REFERÊNCIAS	12

0. INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional atual trazem um impacto na sustentabilidade e na gestão dos recursos em saúde (OCDE & OESPS, 2017). Por outro lado, as admissões hospitalares têm vindo a aumentar na realidade europeia e dessas admissões muitas dizem respeito a readmissões, sendo que a taxa de reinternamento, em Portugal, sofreu um aumento ao longo da última década, fixando-se em 2018 em valores aproximados de 8% (ACSS, 2018). Tendo em conta que as taxas de mortalidade são superiores nos episódios de reinternamento (Sousa-Pinto et al, 2013), surge assim uma necessidade de reduzir estes valores e de criar uma aproximação estratégica entre a comunidade e os cuidados hospitalares tendo como foco o utente idoso com uma deficitária gestão do seu projeto de saúde, surgindo assim o *Transitional Care Model* (TCM). Este modelo, e conseqüentemente este projeto, tem como objetivos problematizar o envelhecimento do idoso no contexto da comunidade; enquadrar o TCM como modelo de prestação de cuidados especializados em Enfermagem; promover a articulação/continuidade de cuidados entre as unidades hospitalares e os serviços na comunidade e aumentar a segurança dos clientes na transição de cuidados. Será desenvolvido ao longo do projeto o enquadramento teórico bem como os recursos necessários à elaboração do mesmo. Este trabalho foi realizado de acordo com a norma APA 6th.

1. DIMENSÃO DO PROBLEMA

1.1. Pertinência da temática

O envelhecimento enquanto percurso inevitável, universal e irreversível que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, comprometido por mudanças a nível biológico, psicológico e social (Zimmerman, 2005; DGS 2006). Prevê-se ainda que 3 em cada 10 residentes, em Portugal, terão 65 ou mais anos em 2050 (EUROSTAT, 2012).

Considerando este aumento da esperança média de vida, é de esperar um aumento da prevalência das doenças crónicas e respetivas comorbilidades, situação que compromete o decurso normal do envelhecimento e que origina internamentos hospitalares por via da descompensação do processo de saúde-doença. Os internamentos hospitalares e as respetivas readmissões hospitalares têm-se tornado um flagelo tendo em conta o tempo de internamento, as repercussões desses internamentos bem como os custos inerentes, sejam eles diretos (pelo internamento hospitalar, tratamentos, cirurgias, entre outros) ou indiretos (diminuição da produtividade, aumento da dependência, absentismo laboral por parte do utente e/ou cuidadores).

Um estudo do IASIST (2013) analisou os internamentos hospitalares sendo que os internamentos mandatórios no momento da expressão da procura hospitalar representam 60% do total de casos pois implicam situações clínicas que não foram acompanhadas de forma continuada e preventiva, provocando o agravamento da doença e a necessidade objetiva do internamento, quando tal poderia ser evitado. Acresce o facto de que a taxa de reinternamentos hospitalares sofreu um aumento nesta última década – ora, tendo em conta que as taxas de mortalidade hospitalar são superiores nos episódios de reinternamento, é fundamental proceder à adoção de medidas que visem diminuir as taxas de reinternamento. (Sousa-Pinto et al., 2013)

Desta forma estamos simultaneamente a promover a segurança do utente/cliente de cuidados no seu contexto domiciliário, sendo que esta é uma preocupação real e

crescente nos cuidados de saúde atuais. Esta preocupação pretende responder em conformidade à confiança das pessoas que os procuram, considerando que nunca serão lesados (White, Hall, & Lalonde, 2011, p.241). O cuidado de enfermagem subsidia o completo potencial e bem-estar do cliente, pelo que “o encontro entre o cuidador e a pessoa que precisa de cuidados é, portanto, fundamental.” (Andersson, Frank, Willman, Sandman, & Hansebo, 2015, p.378).

1.2. Modelo Conceptual

O modelo conceptual a utilizar foi escolhido tendo por base aquele que poderia ser um mecanismo inovador de prestação de cuidados, reduzindo os internamentos hospitalares e promovendo uma transição segura entre os vários níveis de cuidados. Desta forma importa então enquadrar a pertinência das transições. De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma transição resulta de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente, implicando uma mudança do cliente e família em cada um destes aspetos, de modo a readaptarem-se a uma nova realidade. (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) Devido à complexidade e diversidade das transições o Enfermeiro deve identificar, clarificar e procurar compreender o processo de transição de um cliente e família e desenvolver intervenções de enfermagem que promovam uma resposta saudável à transição. (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Ainda no que respeita às transições e de acordo com o preconizado pela teórica acima elencada, poderemos definir que iremos intervir no processo de transição saúde doença na perspectiva do cliente, ou seja, investindo na manutenção do seu projeto de saúde e promovendo o menor número de oscilações possível no seu estado diário. Simultaneamente este menor número de oscilações terá também que ocorrer na perspectiva da redução dos internamentos hospitalares dado que a transição de cuidados do nível hospitalar para o nível comunitário terá que ser feita com a maior segurança possível, promovendo um adequado contexto e ambiente de cuidados no regresso ao domicílio. Também na perspectiva organizacional, existirá certamente um processo de transição, pela necessidade de mudança das políticas de saúde e do desempenho das competências por parte do Enfermeiro Especialista, com uma nova dinâmica organizacional no que concerne aos cuidados. Subjacente às transições elencadas está

também a necessidade intrínseca de promover a capacitação destes, bem como respetiva família e cuidador. Esta promoção estará assente no modelo de *empowerment*, na medida em que é “um processo através do qual as pessoas e as comunidades adquirem controlo, cada vez maior, sobre as decisões que afetam a sua saúde.” (OMS, 2009)

1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Considerando a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na gestão dos processos de transição situacional (introduzir meios) saúde-doença, é fulcral que a este processo esteja subjacente a integração de cuidados entre os vários níveis no sistema nacional de saúde tendo por base os princípios da transição segura.

Ora, o Enfermeiro Especialista, tendo como uma população major a população idosa, tem como competência a desenvolver a gestão eficiente e equitativa dos recursos disponíveis na comunidade bem como nos restantes níveis de cuidados, quer sejam recursos humanos, materiais e ou financeiros.

Diariamente esta articulação é deixada de lado, sendo os Enfermeiros executores numa perspetiva da sua unidade de cuidados e não numa perspetiva global. Assim existe uma necessidade de potenciar o papel do Enfermeiro em constante articulação, com suporte na dinâmica familiar do cliente de cuidados.

O TCM permite assim ao Enfermeiro potenciar a gestão da doença crónica do idoso, trabalhando simultaneamente a readaptação ao domicílio, a manutenção do seu estado funcional e/ou eventual reabilitação. Desta forma são dadas respostas aqueles que são os Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem previstos pelo Órgão regulador levando a que o Enfermeiro desempenhe funções diferenciadas num modelo de cuidados avançados, centrado no cliente, e global.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, elencadas em regulamentação própria pela Ordem dos Enfermeiros, são assim colocadas ao serviço da comunidade, e segundo a literatura, com especial enfoque nas seguintes intervenções:

- Treino especial a idosos com multimorbilidade e cuidadores (Naylor & Sochalski, 2010)
- Individualização de Cuidados de acordo com protocolos, reduzindo o número de procedimentos a executar (Brooten et al., 2002)
- Coordenação do processo de alta (Brooten et al., 2002)
- Relação com equipa multidisciplinar (Brooten et al., 2002)
- Relação com recursos da comunidade (Brooten et al., 2002)
- Relação com empresas de material de apoio (Brooten et al., 2002)
- Condução de Visitas domiciliárias e follow up telefónico (Rezapour-nasrabad, 2018; Rezapour-nasrabad, 2017)
- Estratégias de *engagement*, apresentação de casos clínicos (Rezapour-nasrabad, 2018; Rezapour-nasrabad, 2017)
- Abordagem holística, de suporte e única. (Bumpus et al, 2016)
- Empowerment do cliente crónico (Rezapour-nasrabad, 2017)

2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da metodologia recorreu-se à metodologia de Planeamento em Saúde (Imperator & Giraldes, 1993), como garante de uma sistematização dos processos a seguir bem como da efetiva avaliação de todo o projeto. Adicionalmente recorreu-se à metodologia de *scoping review* (JBI, 2015) para sustentar, recorrendo à prática baseada na evidência, os dados aqui apresentados, com especial enfoque na sustentabilidade financeira do modelo.

2.1. Scoping Review

Nesta perspectiva definiu-se com questão de partida “qual o contributo da utilização do *transitional care model* na redução do reinternamento hospitalar dos idosos?”

Definiram-se como **palavras-chave**:

- Modelo de Cuidados de Transição (*transitional care model*);
- Enfermagem (*nursing*)
- Reinternamento Hospitalar (*hospital readmission*)
- Idoso (*elderly*)

Seguidamente foi definido, segundo a mesma metodologia o PCC (População, Contexto, conceito)

- P: Idoso
- C: Reinternamento Hospitalar
- C: *Transitional Care Model*

Relativamente aos Critérios de Inclusão:

- Participantes: correspondem a todos os idosos com idade igual ou superior a 80 anos (segundo o TCM), residentes em contexto domiciliário;
- Contexto: Reinternamento Hospitalar
- Conceito: Todos os artigos que abordem o *Transitional Care Model*
- Tipos de Estudos:
 - Foram incluídas revisões narrativas da literatura; revisões sistemáticas da literatura; scoping reviews; estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos; artigos teóricos e relatos de experiências, publicados e não publicados (literatura cinzenta), em Inglês, Espanhol e Português, independentemente do ano de publicação. Não foi definido limite temporal por não ser relevante para a natureza do estudo.

Critérios de Exclusão:

Foram excluídos os artigos em que os participantes tenham idade inferior a 80 anos; os artigos em que os participantes estejam inseridos em outro contexto de cuidados e serão também excluídos os artigos que não se encontrem redigidos em Inglês, Espanhol e Português.

De forma a dar resposta à questão de pesquisa formulada, planeou-se a realização de pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL® Complete; MEDLINE® Complete utilizando-se o protocolo *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute, 2015):

- A pesquisa inicial inclui uma pesquisa nas bases de dados CINAHL® Complete e MEDLINE® Complete, utilizando palavras-chave em linguagem natural sendo analisadas as palavras utilizadas nos títulos e resumos dos artigos obtidos e as palavras indexadas empregadas para descrever o artigo, de forma a permitir identificar mais termos relevantes para esta *Scoping Review*;
- A segunda pesquisa pressupõe a realização de uma pesquisa utilizando os termos de pesquisa identificados anteriormente (em linguagem natural e os termos indexados) empregando os operadores booleanos “OR” e “AND”, nas bases de dados referidas.
- A terceira pesquisa engloba a leitura da literatura cinzenta.

Da pesquisa realizada obtiveram-se CINAHL® Complete (17 artigos) e MEDLINE® Complete (35 artigos), que após análise retiveram-se 10 artigos.

2.2. Diagnóstico de Situação

2.2.1. Instrumento de Colheita de Dados

Relativamente à utilização do instrumento de colheita de dados, e tendo em conta os critérios previstos no *Transitional Care Model* tornou-se premente a utilização de um instrumento que tornasse compatível e comparável a aplicação destes critérios com elevado grau de fidedignidade. Considerando assim a necessidade de avaliar a fragilidade do idoso foi elencado como instrumento de colheita de dados a *Edmonton*

Frail Scale bem como a Escala de Quedas de Morse, para permitir a consideração de vários fatores que aumentam a fiabilidade e sensibilidade das escalas.

2.2.2. Critérios constantes do modelo

Este modelo contempla vários critérios/intervenções de acordo com os níveis de cuidados, sendo eles a monitorização quando o utente está em contexto comunitário, ou seja no seu domicílio, depois a intervenção caso haja lugar a um internamento hospitalar e finalmente no regresso ao domicílio e respetivo acompanhamento. Este acompanhamento (pós internamento hospitalar) terá a duração no mínimo de um mês no máximo de até 3 meses:

Na comunidade (avaliação do contexto do utente):

- Doenças crónicas;
- Quedas recentes;
- Dependência;
- Saúde Mental/Cognitiva;
- Internamento nos últimos 30 dias ou 2 ou mais internamentos nos últimos 6 meses;
- Idade > 80 anos;
- Défice na literacia em saúde;
- Barreiras linguísticas;
- Défice no sistema de suporte.

No decorrer do internamento (intervenções a realizar em articulação com a equipa do contexto hospitalar):

- Avaliação da situação clínica do cliente;
- Desenvolvimento de um plano de cuidados a implementar;

No regresso ao domicílio:

- Visitas domiciliárias regulares e *follow-up* telefónico;
- Responsabilização dos agentes;
- Identificação precoce dos riscos e sintomas;
- Comunicação efetiva.

2.2.3. Operacionalização do modelo

- Realização de visitas domiciliárias e follow-up telefónico (3x/semana);
- Responsabilização e envolvimento do utente, família e/ou cuidadores;
- Identificação precoce de riscos e sintomas que possam constituir razão para readmissão hospitalar;
- Abordagem multidisciplinar;
- Colaboração estreita médico-Enfermeiro;
- Comunicação efetiva.

2.2.4. Outcomes

Gu, Rosenberg e Zeng (2017) e Naylor e Sochalski (2010) elencam vários *outcomes* do modelo que permitem perceber os ganhos em saúde que podem decorrer da redução da rehospitalização e aumento da esperança média de vida, do aumento da performance física e qualidade de vida, do aumento da satisfação do cliente, da redução das idas ao hospital e da redução dos custos para o sistema de saúde. Aliada a estes ganhos, também é elencado na literatura a redução da depressão (Naylor et al, 2011). Serão também elaborados indicadores que permitam a monitorização destes *outcomes*, indicadores de estrutura, processo e resultado, sendo que como indicadores de estrutura estará patente a existência dos recursos humanos e materiais ao que nos indicadores de resultado teremos a taxa de utentes acompanhados, a incidência de internamentos, incidência de reinternamentos, entre outros que se possam revelar essenciais para monitorizar os ganhos em saúde.

2.2.5. Recursos

Considerando a metodologia aplicada, importa elencar os custos associados aos recursos que serão necessários. Além da necessidade do profissional elencado na literatura, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, será necessário um motorista que garanta a mobilidade do profissional. Não obstante estes dois profissionais haverá sempre lugar à normal articulação com outros agentes da comunidade bem como da Equipa Clínica.

Humanos	<i>Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública</i>				
	<i>3 Visitas Hospital e/ou Domicílio por Semana</i>				
	Número de Horas por Visita	Valor/Hora	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)
	3	15,00 €	45,00 €	135,00 €	540,00 €
	<i>Motorista</i>				
	<i>3 Visitas Hospital e/ou Domicílio por Semana</i>				
Número de Horas por Visita	Valor	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)	
3	5,50 €	16,50 €	49,50 €	198,00 €	

Materiais	<i>Combustível</i>				
	Distância Máxima (Km) (Ida e Volta) Hospital ou Domicílio	Valor/Km	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)
	14	0,36 €	5,04 €	15,12 €	60,48 €

Mínimo de 1 Mês de Acompanhamento:	798,48 €
Máximo de 3 Meses de Acompanhamento:	2.395,44 €

Tabela 1: Plano Financeiro: recursos humanos e materiais

3. CONCLUSÃO

A implementação deste projeto permitirá assim a eliminação de barreiras no serviço nacional de saúde, bem como no restante sistema, possibilitando o acompanhamento do idoso no seu contexto, reduzindo os internamentos bem como todos os seus custos associados e aumentando a eficiência do acompanhamento deste utente.

Perspetiva-se a implementação deste modelo numa unidade de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de forma a validar os pontos fortes e fracos, e assim poder posteriormente perspetivar uma implementação transversal às várias instituições, tendo por base a premissa da segurança, da qualidade e do custo efetividade do modelo, comparativamente com o internamento hospitalar ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

4. REFERÊNCIAS

- ACSS. (2018). Monitorização Mensal Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência - Internamento. Retrieved February 10, 2019, from http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard;
- Brooten, D., et al. (2002). Lessons Learned from Testing the Quality Cost Model of Advanced Practice Nursing (APN) Transitional Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 369–375;
- Bumpus, S. M., Brush, B. L., Wheeler, J., Pressler, S. J., Eagle, K. A., & Rubenfire, M. (2016). Cost analysis of an advanced practice registered nurse transitional care model for cardiac patients. *Nursing Economics*, 34(5), 236.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Direção-Geral da Saúde (2006) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção Geral Da Saúde, Orientação*, 18. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>;

- Espanha, R.; Ávila, P. & Mendes, R. (2016) *Literacia em Saúde em Portugal – Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 27/12/18. Disponível em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf;
- Gu, L., Rosenberg, M. W., & Zeng, J. (2017). Changing caregiving relationships for older home-based Chinese people in a transitional stage: Trends, factors and policy implications. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 219–229.;
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: *Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública*
- Naylor, B. M. D., et al. (2011). The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform, 4(4), 746–754;
- Naylor, M. D., & Sochalski, J. A. (2010). Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 103(11), 1–12.;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, 12; EUROSTAT (2012). *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012*. Publications Office of the European union.;
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2017), P. (2017). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State oh Health in the EU, 9. <https://doi.org/10.1787/9789264285385-pt>;
- Rezapour Nasrabad, R. (2017). Introducing a new nursing care model for patients with chronic conditions. *Electronic Physician*, 9(2), 3794–3796. <http://doi.org/10.19082/3794>;
- Rezapour-nasrabad, R. (2018) Transitional care model : managing the experience of hospital at home, 15(5) <http://doi.org/10.29333/ejgm/93445>;
- Sais, C.; Lopes H.; Completo J.; Delgado M.; Casas M.; (2013) *Ambulatory care sensitive conditions. Impacte do internamento dos doentes crónicos no SNS*. IASIST

- Sousa-Pinto, et al. (2013). [Hospital readmissions in Portugal over the last decade]. *Acta medica portuguesa*, 26(6), 711–720.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Zimerman, G. (2005). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Brasil: Artemed.

APÊNDICE VII – Poster “Jornadas Enfermagem Avançada”

APÊNDICE VIII – Poster Dia da ESEL (1)

Introdução

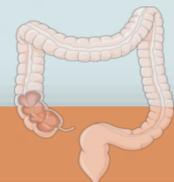
O **progresso das doenças oncológicas** tem-se revelado um desafio a nível internacional nos sistemas de saúde, bem como no panorama nacional. Os indicadores atuais e projeções para os próximos anos dão conta do aumento da incidência destas doenças quer pela evolução demográfica quer pela exposição a fatores de risco (DGS, 2015). Neste cenário, o **cancro colorectal** destaca-se por ser o **mais incidente** em Portugal, com uma mortalidade a considerar (OMS, 2018; Bray et al., 2018), desempenhando uma carga assistencial elevada em cuidados de saúde (DGS, 2015).

Objetivos

- Analisar **dados epidemiológicos** relativos ao cancro colorectal numa perspetiva internacional e nacional;
- Identificar **fatores de risco modificáveis** na prevenção do cancro colorectal;
- Elencar **intervenções de Enfermagem Comunitária** promotoras da adesão ao rastreio do cancro colorectal.

Metodologia

Revisão narrativa da literatura no período compreendido entre 1 e 20 de abril de 2019, nas bases de dados Medline® e CINAHL®, utilizando os seguintes termos de pesquisa: *colorectal cancer**, *primary care**, *nurs**. Pesquisa livre: plataforma Google Scholar e relatórios de organizações de saúde internacionais e nacionais bem como referências da literatura selecionada.



Dados Epidemiológicos

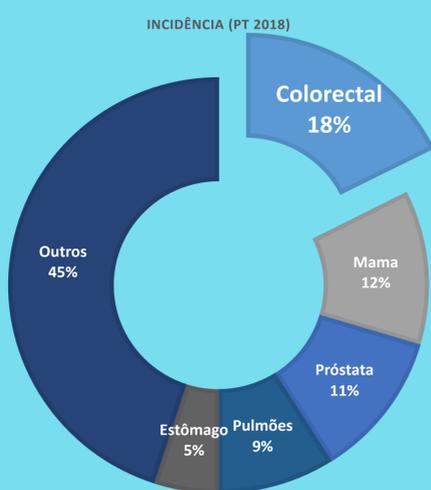
3.º Mais **Incidente** a nível **Mundial**

2.º Mais **Incidente** na **Europa**

1.º Mais **Incidente** em **Portugal**

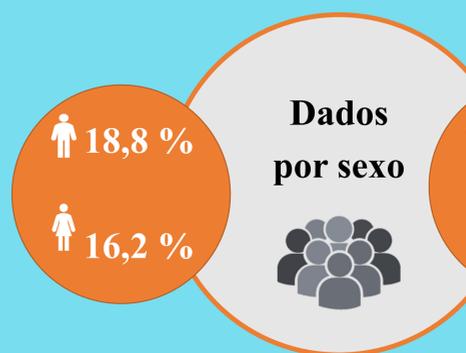
Fonte: OMS, 2018; Bray et al., 2018

Taxa de incidência de cancro em 2018



Fonte: OMS, 2018; Bray et al., 2018

Taxa de incidência por sexo em 2018



Fonte: DGS, 2017; OMS, 2018; Bray et al., 2018

Taxa de mortalidade padronizada por sexo em 2015



Mortalidade por região em 2017



Fonte: DGS, 2017

Discussão

Fatores de Risco



(Johnson et al., 2013; DGS, 2016; Rawla et al., 2019)

Rastreio



(Ministério da Saúde, 2018)

Adesão ao rastreio (2017)

57%



Considerado o rastreio com maior necessidade de investimento

(DGS: 2016; DGS, 2017)

Intervenções de Enfermagem Comunitária

Prevenção Primária:

- Promoção de estilos de vida saudável numa intervenção de um-para-um ou em grupo (Gimeno Garcia et al, 2014; DGS, 2016).

Prevenção Secundária: Adesão ao rastreio

- Contacto escrito e por telefone aumenta a taxa de adesão da população, através da explicação do exame e da patologia. (López-Torres-Hidalgo et al, 2016).
- Necessidade de aprofundar os conhecimentos dos Enfermeiros acerca dos rastreios. (Mullira et al, 2016).
- Utentes contactados pelos Enfermeiros têm maior probabilidade de completar o rastreio pela explicação mais próxima das intervenções a realizar. (Davis et al, 2013).

Considerações Finais

Perante os dados epidemiológicos atuais e previsões relativas ao cancro colorectal é imperativo desenvolver e investir em intervenções de índole comunitária que visem a **promoção de estilos de vida saudável**, a **modificação dos fatores de risco** e o aumento da adesão ao **rastreio**. Assim, o **Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária**, à luz das suas **competências específicas**, torna o seu contributo **fundamental** na prosecução dos indicadores de saúde portugueses e numa perspetiva macro, dos objetivos de desenvolvimento sustentável (UN, 2015), com a premissa constante de custo-efetividade destas intervenções.

Referências Bibliográficas:

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. ; Davis, T., Arnold, C., Rademaker, A., Bennett, C., Bailey, S., Platt, D., ... Wolf, M. (2013). Improving colon cancer screening in community clinics. *Cancer*, 119(21), 3879–3886. ; Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório 2014. *Direção-Geral de Saúde*, 1–6; Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. *Direção-Geral da Saúde*, 22–24. <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>; Direção-Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório 2015 - Avaliação de Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal. *Direção-Geral da Saúde*; Direção-Geral da Saúde. (2017). Relatório de Monitorização e Avaliação dos Rastreios Oncológicos | 2016. *Direção-Geral da Saúde*; Direção-Geral da Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses 2016. Direção-Geral da Saúde*; Gimeno Garcia, A. Z., Hernandez Alvarez Buylia, N., Nicolas-Perez, D., & Quintero, E. (2014). Public Awareness of Colorectal Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Interventions for Increasing Screening Uptake. *ISRN Oncology*, 2014, 1–19. ; Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I., Levin, B., & Berry, D. A. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes & Control: CCC*, 24(6), 1207–1222. ; Mullira, J., D'Souza, M., Ahmed, S., Al-Dhahli, S., & Al-Jahwari, F. M. (2016). Barriers to Colorectal Cancer Screening in Primary Care Settings: Attitudes and Knowledge of Nurses and Physicians. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 98. ; WHO. (2018). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. *International Agency for Research on Cancer*, (September), 13–15; Nations, U. (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. *United Nations*; Rawla, P., Sunkara, T., & Barsouk, A. (2018). Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Gastroenterology Rev.*; Direção-Geral da Saúde. (2014). *Doenças Oncológicas em números - 2014. Direção-Geral da Saúde*; López-Torres, H. J., Sánchez, O. M., Rabanales, S. J., Simarro, H. M., López-Torres, L. J., & Campos, R. M. (2016). Effectiveness of three interventions in improving adherence to colorectal cancer screening. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 25(5), 423–429. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000201>

APÊNDICE IX – Poster Dia da ESEL (2)

Apreciação da Dinâmica de uma Família em Contexto Comunitário

O MDAIF como Instrumento de Avaliação

UC Enfermagem Comunitária II – Curso de Mestrado em Enfermagem | Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Nascimento, Tiago (RN, MSc); Marçal, Rute (RN, EEEC); Rodrigues, Fátima (RN, PhD)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

tnascimento@campus.esel.pt

Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A apreciação dos contextos familiares assume-se como fulcral na prestação de cuidados especializados, com efetivos ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada do Enfermeiro, nas várias dimensões de uma família. Este trabalho teve como **objetivos** (1) apreciar uma família a vivenciar um processo de transição e (2) aplicar instrumentos de avaliação da dinâmica familiar tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

METODOLOGIA

Metodologia de **Estudo de Caso**; Realização de **Entrevistas Semi-Estruturadas** à Família; Aplicação de Instrumentos de Avaliação Familiar tendo por base o **MDAIF**; Entrevistas realizadas em contexto de **Unidade de Saúde de Cuidados de Saúde Primários em Lisboa**, no período de **2 a 28 de Maio de 2019**; Foram tidos em conta os aspetos éticos, garantida a **confidencialidade dos dados**, a família autorizou a utilização da informação fornecida.

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

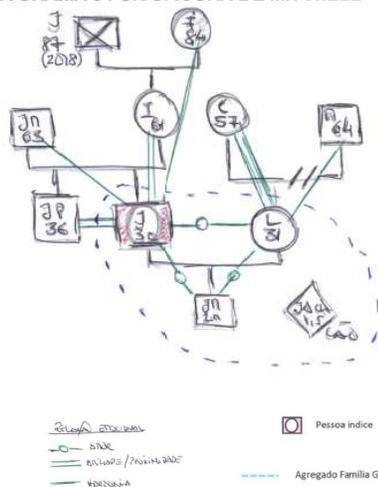
Esta família é uma **família nuclear**, composta pelo casal (Sr. J e Sra. L) e um **bebé de 2 meses** (JM), motivo gerador de stress nesta transição, associado também ao facto de terem existido **alterações laborais** no que concerne ao marido, alavancando ainda mais algumas preocupações existentes no casal e nas suas dinâmicas internas e externas.

TRANSIÇÕES VIVIDAS

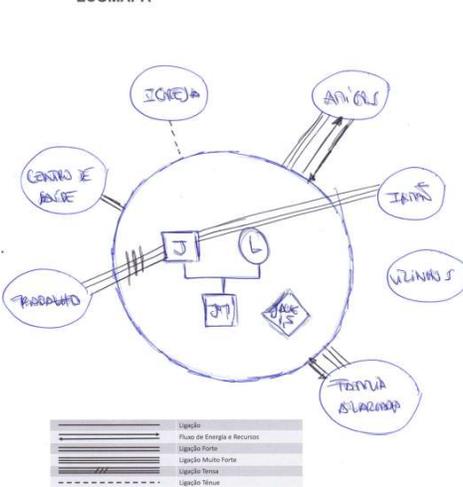
As transições (Chick & Meleis, 2010) vivenciadas por esta família definiram-se como **desenvolvimental** e também **situacional**, decorrentes do nascimento de um filho num casal e alterações no contexto laboral deste, sendo assim estas transições **múltiplas e simultâneas**.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS | RESULTADOS

GENOGRAMA e PSICOFIGURA DE MITCHELL



ECOMAPA



Observação: considerando a envolvimento da família no seu processo de cuidados, optou-se por colocar os instrumentos manuscritos dada a sua elaboração em processo de consulta, em conjunto com a família, facilitando a compreensão e promovendo a literacia em saúde

FACES II		
Dimensão	Sr. J	Sra. L
Coesão	Ligada (6)	Ligada (6)
Adaptabilidade	Muito Flexível (7)	Muito Flexível (7)
Tipo de Família	Equilibrada (6,5)	Equilibrada (6,5)
APGAR Familiar		
	Sr. J	Sra. L
	8 pontos	10 pontos
	Família altamente funcional	Família altamente funcional
Escala Readaptação Social Holmes e Rahe		
	Sr. J	Sra. L
	Score 179	Score 333
	50%	90%

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os instrumentos utilizados, emergiram como Diagnósticos de Enfermagem (CIPE): **Dimensão Familiar Desenvolvimento: Relação Dinâmica Disfuncional. Processo Familiar Disfuncional:** (1) Coping Familiar não Eficaz; (2) Interação de Papéis Familiares Não Eficaz; (3) Interação de Papéis Familiares Conflitual. O Enfermeiro Especialista tem assim um papel mediador e facilitador desta promoção da transição e na elaboração de diagnósticos, articulando com os demais atores na família e na Equipa de Cuidados. A aplicação do MDAIF permite ao longo da entrevista ir definindo prioridades e, simultaneamente, elaborar diagnósticos de enfermagem adequados. A utilização de instrumentos no decorrer da realização da entrevista também permite uma maior mensurabilidade da nossa intervenção pois permitirá o estabelecimento de indicadores sensíveis à prática de enfermagem.

REREFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 327-330.; Amaro, F. (1996). Escala de Graffar adaptada. *AM B. Costa, FR Leitão, J. Santos, JV Pinto, & MN Fino, Currículos Funcionais*, 2.; Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família, Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7; Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*; Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2008). O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 415-426. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n3/v7n3a13.pdf>; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 1-2. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referenciaisaudefamiliar_mceec.pdf; Chick, N. & Meleis, A. (2010). Theoretical Development of Transitions. In Meleis, A. (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13-52). New York: Springer Publishing Company; Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.

APÊNDICE X – Poster SPESF | ICFHN



Da Apreciação ao Diagnóstico: Avaliação de uma Família em Contexto Comunitário

Nascimento, Tiago (RN, MSc); Rodrigues, Fátima (RN, PhD)
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
tnascimento@campus.esel.pt
Lisboa, Portugal

INTRODUÇÃO

A apreciação dos contextos familiares assume-se como fulcral na prestação de cuidados especializados, com efetivos ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada do Enfermeiro, nas várias dimensões de uma família. Este trabalho teve como **objetivos** (1) apreciar uma família a vivenciar um processo de transição e (2) aplicar instrumentos de avaliação da dinâmica familiar tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

METODOLOGIA

- Metodologia de Estudo de Caso;
- Realização de Entrevistas Semi-Estruturadas à Família;
- Aplicação de Instrumentos de Avaliação Familiar;
- Entrevistas realizadas em contexto de Unidade de Saúde de Cuidados de Saúde Primários (Lisboa, Maio de 2019);
- Garantida a confidencialidade dos dados.

CHARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

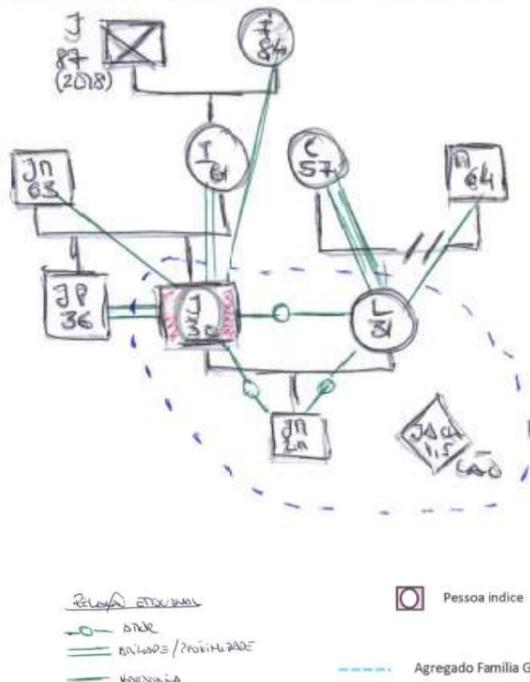
Esta família é uma **família nuclear**, composta pelo casal (Sr. J e Sra. L) e um **bebé de 2 meses** (JM), motivo gerador de stress nesta transição, associado também ao facto de terem existido **alterações laborais** no que concerne ao marido, alavancando ainda mais algumas preocupações existentes no casal e nas suas dinâmicas internas e externas.

TRANSIÇÕES VIVIDAS

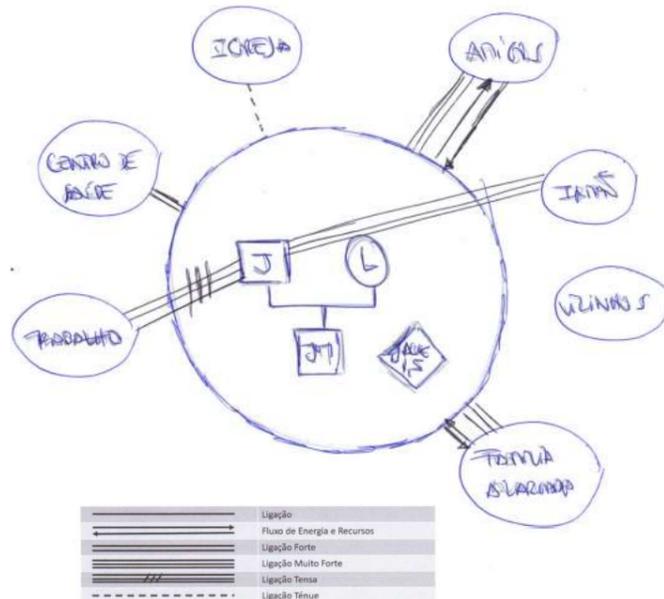
As transições (Chick & Meleis, 2010) vivenciadas por esta família definiram-se como **desenvolvimental** e também **situacional**, decorrentes do nascimento de um filho num casal e alterações no contexto laboral deste, sendo assim estas transições **múltiplas e simultâneas**.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS | RESULTADOS

GENOGRAMA e PSICOFIGURA DE MITCHELL



ECOMAPA



FACES II		
Dimensão	Sr. J	Sra. L
Coesão	Ligada (6)	Ligada (6)
Adaptabilidade	Muito Flexível (7)	Muito Flexível (7)
Tipo de Família	Equilibrada (6,5)	Equilibrada (6,5)

APGAR Familiar	
Sr. J	Sra. L
8 pontos	10 pontos
Família altamente funcional	Família altamente funcional

Escala Readaptação Social Holmes e Rahe	
Sr. J	Sra. L
Score 179	Score 333
50%	90%

Observação: considerando a envolvimento da família no seu processo de cuidados, optou-se por colocar os instrumentos manuscritos dada a sua elaboração em processo de consulta, em conjunto com a família, facilitando a compreensão e promovendo a literacia em saúde

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os instrumentos utilizados, emergiram como Diagnósticos de Enfermagem (CIPE): **Dimensão Familiar Desenvolvimento:** Relação Dinâmica Disfuncional. **Processo Familiar Disfuncional:** (1) Coping Familiar não Eficaz; (2) Interação de Papéis Familiares Não Eficaz; (3) Interação de Papéis Familiares Conflitual. O Enfermeiro Especialista tem assim um papel mediador e facilitador desta promoção da transição e na elaboração de diagnósticos, articulando com os demais atores na família e na Equipa de Cuidados. A aplicação do MDAIF permite ao longo da entrevista ir definindo prioridades e, simultaneamente, elaborar diagnósticos de enfermagem adequados. A utilização de instrumentos no decorrer da realização da entrevista também permite uma maior mensurabilidade da nossa intervenção pois permitirá o estabelecimento de indicadores sensíveis à prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 327–330.; Amaro, F. (1996). Escala de Graffar adaptada. *AM B. Costa, FR Leitão, J. Santos, JV Pinto, & MN Fino, Currículos Funcionais*, 2.; Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família, Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7; Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.*; Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2008). O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 415–426. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n3/v7n3a13.pdf>; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 1–2. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referenciaisaudefamiliar_mceec.pdf; Chick, N. & Meleis, A. (2010). Theoretical Development of Transitions. In Meleis, A. (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13-52). New York: Springer Publishing Company.; Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.

APÊNDICE XI – Artigo Revista Eletrônica Gestão & Saúde



Transitional Care Model: Um Novo Modelo De Gestão De Cuidados Na Comunidade

Transitional Care Model: A New Community Care Management Model

Modelo De Atención Transitoria: Un Nuevo Modelo De Gestión De Atención Comunitaria

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento¹ Maria de Lourdes

Gil Patrício Varandas Costa²

Resumo:

As admissões hospitalares têm aumentado, sendo que a taxa de reinternamento hospitalar aumentou aproximadamente 8%. É fundamental adotar medidas que visem diminuir estes valores e consolidem uma transição efetiva entre cuidados de saúde primários e hospitalares. Este artigo tem como objetivo demonstrar uma ferramenta para reduzir os reinternamentos hospitalares dos utentes com fragilidade, em contexto domiciliário, com recurso ao *Transitional Care Model* (TCM). O trabalho é de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde, aplicação no domicílio da *Edmonton Frail Scale*,

Escala de Quedas de Morse e ainda a aplicação de questionário sociodemográfico. A amostra é constituída por 37 utentes, 78,4% mulheres, 100% reformados, 67,6% de classe baixa, 91,8% tiveram, pelo menos, uma ida ao serviço de urgência hospitalar, 97,3% apresentam médio a elevado risco de queda, 63% com fragilidade moderada a severa. Considerando a elevada fragilidade do idoso no domicílio, a aplicação deste modelo permitirá reduzir as barreiras existentes entre os níveis de cuidados, com ganhos em saúde bem como custo-efetividade pela redução do número de dias de internamento. Teremos, assim, a prevenção de complicações e melhoria da gestão da doença crônica através da

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem. Enfermeiro, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. E-mail: tiago.filipendonascimento@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3646-9057.

² Enfermeira. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Doutora em Educação. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa, Portugal. E-mail: lcosta@esel.pt ORCID: 0000-0003-2681-9375

aplicação de um novo modelo de gestão de cuidados.

Descritores: Cuidado Transicional; Enfermagem em Saúde Comunitária; Idoso de 80 anos ou mais

Abstract:

As hospital admissions have increased, the readmission rate has increased by approximately 8%. It is essential to adopt measures aimed at reducing these values and consolidating an effective transition between primary and hospital care. This article aims to demonstrate a tool to reduce hospitalizations of patients with frailty in the home context, using the Transitional Care Model (TCM). The work is quantitative, descriptive and exploratory, according to the method of health planning process, application at home of the Edmonton Frail Scale, Morse Falls Scale and application of sociodemographic questionnaire. The sample is 37 users, 78.4% of women retired, 67.6% of lower class, 91.8% had at least one visit to the emergency room service, 97.3% of medium and high use. 63% risk with moderate to severe frailty. In spite of high frailty of the elderly at home, an application of this model that reduces the barriers between levels of care, with health gains as well as economic effectiveness by reducing the number of days of hospitalization. This

will prevent complications and improve chronic disease management through the application of a new care management model.

Keywords: Transitional Care; Community Health Nursing; Aged, 80 and over

Resumen:

A medida que aumentaron los ingresos hospitalarios, la tasa de reingresos aumentó aproximadamente un 8%. Es esencial adoptar medidas destinadas a reducir estos valores y consolidar una transición efectiva entre la atención primaria y la hospitalaria. Este artículo tiene como objetivo demostrar una herramienta para reducir las hospitalizaciones de pacientes con fragilidad en el contexto del hogar, utilizando el Modelo de Atención Transicional (MTC). El trabajo es cuantitativo, descriptivo y exploratorio, de acuerdo con el método del proceso de planificación de la salud, la aplicación en el hogar de la Escala de Fragilidad de Edmonton, la Escala de Caídas de Morse y la aplicación del cuestionario sociodemográfico. La muestra es de 37 usuarios, el 78,4% de las mujeres, toda la muestra se ha retirado, el 67,6% de la clase baja, el 91,8% tuvo al menos una visita al servicio de urgencias, el 97,3%

de uso medio y alto. 63% de riesgo con fragilidad moderada a severa.

Considerando la existencia de una alta fragilidad de los ancianos en el hogar, una aplicación de este modelo que reduce las barreras entre los niveles de atención, con ganancias de salud y efectividad económica al reducir el número de días de hospitalización. Esto evitará complicaciones y mejorará el manejo de enfermedades crónicas mediante la aplicación de un nuevo modelo de manejo de atención.

Descriptor: Cuidado de Transición; Enfermería en Salud Comunitaria; Anciano de 80 o más Años

Introdução:

O aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional atual trazem um impacto na sustentabilidade e na gestão dos recursos em saúde (1). Por outro lado, as admissões hospitalares têm vindo a aumentar na realidade europeia e, dessas admissões, muitas dizem respeito a readmissões, sendo que a taxa de reinternamento, em Portugal, sofreu um aumento ao longo da última década, fixando-se em 2018 em valores aproximados de 8% (2). Este valor situa-se, mesmo assim, abaixo do valor francês, em que as readmissões hospitalares correspondem a 14%, um quarto destas evitável (3). Tendo em

conta que as taxas de mortalidade são superiores nos episódios de reinternamento (2), surge uma necessidade de reduzir estes valores e de criar uma aproximação estratégica entre a comunidade e os cuidados hospitalares, tendo como foco o utente idoso com uma deficitária gestão do seu projeto de saúde. Metade destes reinternamentos podem também ser explicados pela localização do hospital, condições socioeconômicas, número de profissionais de saúde e a qualidade das estruturas de cuidados de longa duração. Portanto, as taxas de readmissão hospitalar podem ser reduzidas de maneira mais eficaz se forem pensadas estratégias de regresso à comunidade. Fica também patente que há uma necessidade dos profissionais alternarem entre os vários níveis de cuidados de saúde para aumentar a compreensão e consciencialização, eliminando as barreiras existentes, construindo um canal mais próximo de comunicação, assente também num aumento da literacia junto dos clientes e famílias (4). Surge, assim, na literatura, o *Transitional Care Model* (TCM) como referencial teórico, associado ao modelo de *empowerment* como garantia da intervenção para a melhoria da gestão de cuidados e, conseqüentemente, do regime de saúde. Além dos referenciais

anteriormente descritos, este artigo visa também demonstrar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Considerando, então, a problemática, este artigo teve como ponto de partida a seguinte questão: a intervenção do Enfermeiro Especialista em EC, com recurso ao TCM, reduz os internamentos/reinternamentos hospitalares? Para dar resposta a esta questão, foi desenvolvida uma pesquisa recorrendo à metodologia *scoping review* e desenvolvida a respectiva proposta de planeamento em saúde com a finalidade de promover o *empowerment* no idoso e família, para reduzir o internamento e reinternamento hospitalar dos utentes numa unidade de saúde. O objetivo deste artigo é relatar os resultados de pesquisa acerca da fragilidade do idoso em contexto domiciliário, permitindo, assim, intervir precocemente para reduzir os reinternamentos, com recurso ao TCM.

Revisão da Literatura:

O envelhecimento é um percurso inevitável, universal e irreversível, que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, comprometido por mudanças a nível biológico, psicológico e social (5,6). Prevê-se que 3 em cada 10 residentes, em

Portugal, terão 65 ou mais anos em 2050 (7). Considerando este aumento da esperança média de vida, é de esperar um aumento da prevalência das doenças crônicas e respectivas co-morbilidades, situação que compromete o decurso normal do envelhecimento e que origina internamentos hospitalares por via da descompensação do processo de saúde-doença.

Este envelhecimento encontra-se intimamente ligado a um aumento da fragilidade, que pode ser definida como uma síndrome multidimensional de redução das reservas e redução da resistência a stressores, levando a uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, resultados adversos. (8) A fragilidade no idoso resulta de diferentes condições que estão correlacionadas umas com as outras de maneira complexa, destacando-se tanto fatores biológicos ou físicos, como psicossociais. (9) Os internamentos hospitalares e as respectivas readmissões hospitalares têm-se tornado um flagelo, tendo em conta o tempo de internamento, as repercussões destes internamentos bem como os custos inerentes, sejam eles diretos (pelo internamento hospitalar, tratamentos, cirurgias, entre outros) ou indiretos (diminuição da produtividade, aumento da dependência, absentismo laboral por parte do utente e/ou

cuidadores). O modelo conceitual utilizado foi escolhido tendo por base aquele que pode ser um mecanismo inovador de prestação de cuidados, reduzindo os internamentos hospitalares e promovendo uma transição segura entre os vários níveis de cuidados.

Desta forma importa enquadrar a pertinência das transições que, de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, resultam de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambiente, implicando uma mudança do cliente e família em cada um destes aspectos, de modo a readaptarem-se a uma nova realidade. (10) Devido à complexidade e diversidade das transições, o enfermeiro deve identificar, clarificar e procurar compreender o processo de transição de um cliente e família e desenvolver intervenções de enfermagem que promovam uma resposta saudável à transição. (10) Esta promoção estará assente no modelo de *empowerment*, na medida em que este é um processo em que as pessoas e as comunidades adquirem controle sobre as decisões que condicionam a sua saúde. (11) Na realização da pesquisa inicial recorrendo à metodologia *scoping review*, constatou-se que este modelo já se encontra implementado em vários países, sempre com um denominador comum: o Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Comunitária enquanto elemento central do modelo, na perspectiva da sua gestão. É sobre o Enfermeiro que recai a responsabilidade de agregar toda a informação e de garantir a continuidade dos cuidados. A literatura corrobora o fato de que a aplicação do modelo reduz os internamentos hospitalares, bem como respectivas readmissões (12), e é focada a importância de continuar a desenvolver investigação que permita validar a aplicação deste modelo. (13) Vários estudos apontam para o custo efetividade do modelo, especialmente pelos baixos custos dos cuidados prestados na comunidade (14), custos estes que podem ser reduzidos se houver um aumento da literacia em saúde, que tem uma correlação positiva com a redução das readmissões hospitalares. (4)

Metodologia de pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, que se caracteriza através da aplicação de instrumentos de coleta de dados, tendo em conta os critérios previstos no TCM: utentes com doenças crônicas, quedas recentes, dependência, saúde mental/cognitiva, internamento nos últimos 30 dias, ou 2 ou mais internamentos nos últimos 6 meses, idade > 80 anos, défice na literacia em

saúde, barreiras linguísticas, déficit no sistema de suporte. Considerando a necessidade de avaliar a fragilidade do idoso, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a *Edmonton Frail Scale* (15,16) e a Escala de Quedas de Morse (17), para permitir a consideração de vários fatores que aumentam a fiabilidade da pesquisa. Adicionalmente foi aplicado um questionário sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, tipo de família, profissão e Escala de Graffar como instrumento de classificação social), com o objetivo de caracterizar a população amostral que será alvo da prestação de cuidados (especializados). A amostra é constituída por 37 utentes em contexto de apoio domiciliário (de uma população de 10209 utentes inscritos na unidade) numa unidade de saúde em Lisboa, numa amostragem por conveniência. Foram respeitadas as dimensões éticas na aplicação dos questionários, garantindo o consentimento dos clientes bem como a confidencialidade dos dados. Os dados foram trabalhados estatisticamente recorrendo ao *Statistical Package for Social Sciences (R) 25.0*.

Análise e discussão:

Do questionário sociodemográfico aplicado, obteve-se amostra constituída por 29 mulheres (78,4%) e 8 homens

(21,6%) com idades superiores a 80 anos, de acordo com critério anteriormente estabelecido, com uma idade máxima de 103 anos e uma média de 88,7 anos. No que respeita ao agregado familiar, a amostra distribuiu-se por 21,6% (n=8) com família extensa ou alargada, 29,7% (n=11) com família unitária, 43,2% (n=16) família com dependente e apenas 5,4% (n=2) com famílias reconstruídas. Relativamente à escolaridade, 45,9% (n=17) não tinha qualquer escolaridade ao que 45,9% (n=17) apresentava o ensino básico e apenas 8,1% (n=3) o ensino secundário. No que concerne à profissão e tendo em conta a idade e dependência, todos os utentes se encontravam reformados. Na aplicação da escala de Graffar (18) e tendo em conta a população característica da instituição prestadora de cuidados, 32,4% (n=12) situam-se na Classe IV – Média Baixa e os restantes 67,6% (n=25) na Classe V – Baixa. Na aplicação da Escala de Morse para avaliação do risco de queda, e tendo em conta que acima do *score* de 25 pontos existe risco de queda, 97,3% da amostra (n=36) apresentava um médio a alto-risco de queda. Através da aplicação da *Edmonton Frail Scale* para avaliação da fragilidade do idoso, uma escala constituída por 9 domínios e 12 itens, com pontuação máxima de 17 pontos,

obteve-se na variável de cognição (teste do relógio), 37,8% (n=14) não apresentava qualquer erro, 35,1% (n=13) apresentava pequenos erros e 27% (n=10) apresentava outros erros. No que concerne à variável do estado geral da saúde, 37,8% (n=14) considera ter um excelente/muito bom/bom estado de saúde, 45,9% (n=17) um estado de saúde razoável e apenas 16,2% (n=6) um estado de saúde pobre. Ainda na dimensão estado geral, 48,6% (n=18) da amostra teve mais de 2 entradas no hospital, 43,2% (n=16) 1 ou 2 entradas e apenas 8,1% (n=3) não teve qualquer entrada no hospital no ano anterior. Relativamente à independência funcional, com as variáveis necessitar de ajuda para preparação de refeições, compras, transportes, utilizar telefone, limpeza, lavanderia, gestão do dinheiro e toma de medicação, em que sim, o utente precisa de ajuda, equivale a um ponto e não, não precisa de ajuda, pontua zero, obtiveram-se os seguintes resultados: 13,5% (n=5) não precisa de ajuda ou precisa de ajuda para apenas uma atividade, 51,4% (n=19) precisa de ajuda para 2 a 4 atividades e 35,1% (n=13) precisa de ajuda para 5 a 8 atividades. Ao nível do suporte social, ou seja, se quando o utente precisa de ajuda tem alguém que possa estar disponível, 16,2% (n=6) responderam que sim, têm

sempre alguém disponível, 62,2% (n=23) têm às vezes alguém disponível, e 21,6% (n=8) nunca têm alguém disponível. Na dimensão da medicação, relativamente à variável de utilizar cinco ou mais medicamentos regularmente por prescrição médica, 29,7% (n=11) respondeu que não ao que 70,3% (n=26) afirmou que toma cinco ou mais medicamentos regularmente. Ainda no domínio da medicação, o item de validar se o utente se esquece de às vezes tomar a medicação, 73% (n=27) afirma que não se esquece, sendo que os restantes 27% (n=9) referem que sim, que têm falhas ocasionais. No domínio da nutrição e no item de ter perdido peso e sentido que o vestuário ficou mais largo, 81,1% (n=30) afirma que não perdeu peso, sendo que 18,9% (n=7) afirma que sim. No domínio do humor, o item de pergunta que aborda se o utente se tem sentido triste ou deprimido, 45,9% (n=17) refere que não e 54,1% (n=20) assume que sim. Na avaliação da incontinência, o item refere-se em concreto à dificuldade em manter o controle da urina, pelo que 27% (n=10) responde que não tem qualquer dificuldade a controlar a urina e os restantes 73% (n=27) refere que sim, que tem perdas ocasionais ou mesmo incontinência total do esfíncter urinário. No domínio da performance funcional, foi aplicado o teste *timed up and go* que

como resultado obteve-se que 24,3% (n=9 da amostra) demorou 0 a 10 segundos a executar, 43,2% (n=16) demorou 10 a 20 segundos e 32,4% (n=12) demorou mais de 20 segundos, não quis ou não conseguiu realizar por estar completamente dependente. Desta forma e de acordo com o somatório das variáveis, obteve-se que 5% (n=2) da amostra não apresenta qualquer tipo de fragilidade (0 a 4 pontos), 8% (n=3) está aparentemente vulnerável (5-6 pontos), 24% (n=9) tem fragilidade leve (7-8 pontos), 41% (n=15) tem fragilidade moderada (9-10 pontos) e 22% (n=8) da amostra tem fragilidade severa (igual ou superior a 11 pontos).

Discussão:

De acordo com os resultados obtidos, foi perceptível a elevada fragilidade dos utentes da amostra, tendo em conta a sua situação sociodemográfica, de menores recursos financeiros, menor estrutura familiar, menor literacia por escolaridade mais baixa ou ausência desta. Contribui também para a maior fragilidade a idade avançada da amostra que se caracteriza pelo aumento das comorbilidades associadas. Esta maior dependência e vulnerabilidade é compatível com este elevado risco de queda, motivo de um grande número de internamentos e reinternamentos

hospitalares, bem como preditor de aumento da dependência do utente. O valor de 97,3% de utentes com médio a elevado risco de queda torna premente uma intervenção de promoção de saúde e de capacitação de cuidadores concertada e rápida.

Concomitantemente, na aplicação da *Edmonton Frail Scale* e na análise dos itens, foi perceptível que existe claramente no item “quantas vezes no passado ano deu entrada no hospital”, uma vulnerabilidade acrescida e um risco de internamento por agudização ou agravamento da doença crônica. Neste contexto importa monitorizar estas doenças crônicas e permitir uma efetiva prevenção de complicações, orientando e promovendo o *empowerment* junto dos utentes e cuidadores para que tenham a perceção dos sinais e sintomas associados a desvios do seu padrão de saúde.

Também o domínio do suporte social é motivo de maior preocupação pelo fato de apenas 16,2% da amostra ter sempre disponível um elemento para dar apoio quando necessário, reforçando a necessidade de um acompanhamento contínuo por parte do Enfermeiro, garantindo, simultaneamente, a acessibilidade rápida em caso de agudização com meios de comunicação céleres e *user-friendly* como, por

exemplo, o botão de tele-assistência que pode acompanhar o utente em forma de colar no pescoço.

No que respeita à medicação, são compatíveis os resultados com os achados bibliográficos, na medida em que 70,3% da amostra se encaixa no conceito de polimedicado, ou seja, com uma toma regular de 5 ou mais comprimidos. Este é também um foco de atenção importante para a necessidade de promoção de uma efetiva reconciliação terapêutica, permitindo uma redução de custos na aquisição desta medicação, mas, acima de tudo, pela redução dos efeitos idiossincráticos e das interações medicamentosas decorrentes da toma de um elevado número de medicamentos. Contrariamente ao expectável, 73% da amostra afirma não ter qualquer esquecimento na toma da medicação, o que demonstra a valorização que os utentes dão ao fato de cumprirem de forma regular a sua toma da medicação e a associação ao seu melhor estado de saúde. No entanto, mantém-se como foco de atenção os remanescentes 27% da amostra com esquecimentos ocasionais da toma de medicação e consequente agudização da sua doença crônica.

Urge, assim, negociar estratégias para aumento da *compliance* do regime terapêutico instituído. Ainda no que

concerne ao regime terapêutico, o domínio da nutrição pode ter duas interpretações distintas: se por um lado a não existência da perda de peso pode significar a ausência de doença recente, por outro lado pode ser também colocada em causa o regime dietético bem como o exercício físico realizado no contexto domiciliário por parte dos utentes levando a aumento de peso progressivo, não especificado por esta escala mas que será importante valorizar.

Considerando os resultados apresentados, surgiram como diagnósticos comunitários potenciais (de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem): crise de saúde aguda, risco de queda, problema de continuidade de cuidados, falta de suporte social, mobilidade comprometida e défice de autocuidado. Assim, e dando continuidade à metodologia de planeamento em saúde, procedeu-se à priorização dos diagnósticos de acordo com o método do plano de Biscaia tendo sido priorizados o risco de queda e a crise de saúde aguda, dando seguimento aquelas que são preocupações já constantes na literatura na aplicação do TCM com vista à diminuição dos internamentos hospitalares. No entanto e tendo em conta a polimedicção acima

referenciada, este é também um diagnóstico que deve ser relevado na perspectiva de um efetivo trabalho de equipe em estreita colaboração com a equipa médica e, eventualmente, nutricionista, caso se trate de suplementos alimentares substituíveis por uma alimentação adequada.

Conclusões:

A aplicação deste modelo em Portugal consubstancia-se numa mudança de paradigma, na medida em que a intervenção se foca no nível primário e terciário e com um acompanhamento precoce do utente, acompanhamento este que inicia e termina no domicílio, não obstante o internamento ou reinternamento que possa advir ao longo do tempo. É assim corroborada a pertinência da aplicação deste modelo pela elevada fragilidade do idoso em contexto domiciliário e a necessidade de um acompanhamento especializado. Numa próxima fase será expectável a validação da existência ou não de internamentos bem como se existiu uma maior adesão ao regime terapêutico medicamentoso, a adesão a medidas de segurança no que respeita ao risco de queda e/ou à melhor gestão da doença crônica. A realização deste artigo permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas com a

pesquisa de literatura relevante, a reflexão crítica para aplicação na prática, bem como a utilização de instrumentos que permitirão um adequado diagnóstico de situação. A implementação de projetos neste âmbito permitirá a eliminação de barreiras no serviço nacional de saúde, bem como no restante sistema, possibilitando o acompanhamento do idoso no seu contexto, reduzindo os internamentos, bem como todos os seus custos associados e aumentando a eficiência do acompanhamento do utente. Estamos perante um novo paradigma de gestão na saúde, com possibilidade de ganhos efetivos e um aproximar de profissionais e utentes entre os vários níveis de cuidados.

Referências

1. Despacho nº 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. Diário da República [Internet]. 2015;28(2):4–9. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>
2. Sousa-Pinto B, Gomes AR, Oliveira A, Ivo C, Costa G, Ramos J, et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Med Port.* 2013;26(6):711–20.
3. Occelli P, Touzet S, Rabilloud M, Ganne C, Poupon Bourdy S, Galamand B, et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016;16(1):57. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0233-2>
4. Boyle J, Speroff T, Worley K, Cao A, Goggins K, Dittus RS, et al. Low Health Literacy Is Associated with Increased Transitional Care Needs in Hospitalized Patients. *J Hosp Med* [Internet]. 2017 Nov;12(11):918–24. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29091980&lang=pt-br&site=ehost-live>
5. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 2006.
6. Zimmerman G. Velhice - Aspectos Biopsicossociais. Artmed Editora; 2000.
7. EUROSTAT. Estatísticas do emprego - Statistics Explained [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_statistics/pt
8. Kahlon S, Pederson J, Majumdar SR, Belga S, Lau D, Fradette M, et al. Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2015 Aug 11;187(11):799 LP – 804. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/187/11/799.abstract>
9. Andrade A do N, Fernandes M das GM, Nóbrega MML da,

- Garcia TR, Costa KN de FM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto Context*. 2012;
10. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12–28.
 11. World Health Organization. Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Heal Organ [Internet]. 2017;30(1):64. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
 12. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high- risk older adults. *BMC Health Serv Res*. 2018;9:1–10.
 13. Devriendt E, Heeren P, Fieuws S, Wellens NIH, Deschodt M, Flamaing J, et al. Unplanned Readmission prevention by Geriatric Emergency Network for Transitional care (URGENT): protocol of a prospective single centre quasi- experimental study. *BMC Geriatr*. 2018;18:1–11.
 14. Soto GE, Huenefeldt EA, Hengst MN, Reimer AJ, Samuel SK, Samuel SK, et al. Implementation and impact analysis of a transitional care pathway for patients presenting to the emergency department with cardiac-related complaints. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:1–11.
 15. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample . Vol. 17, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* . scielo ; 2009. p. 1043–9.
 16. Martins D, Carvalho I, Cordeiro N, Pinheira V. Contributo para a validação da Edmont Frail Scale (EFS). In: 8º Congresso Internacional Luso-Espanhol sobre Envelhecimento Positivo e Solidariedade Intergeracional. 2012.
 17. Costa-Dias MJM da, Ferreira PL, Oliveira AS. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse . Vol. serIV, *Revista de Enfermagem Referência* . scielopt ; 2014. p. 7–17.
 18. Amaro F. Escala de Graffar

adaptada. AM B Costa, FR Leitão,
J Santos, JV Pinto, MN Fino,
Currículos funcionais. 1996;2.

Participação dos autores:

Nascimento TFR trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto;

Costa MLGPV trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto;

Recebido: 30.11.2019

Revisado: 09.08.2019

Aprovado: 16.01.2019

APÊNDICE XII – Plano Financeiro

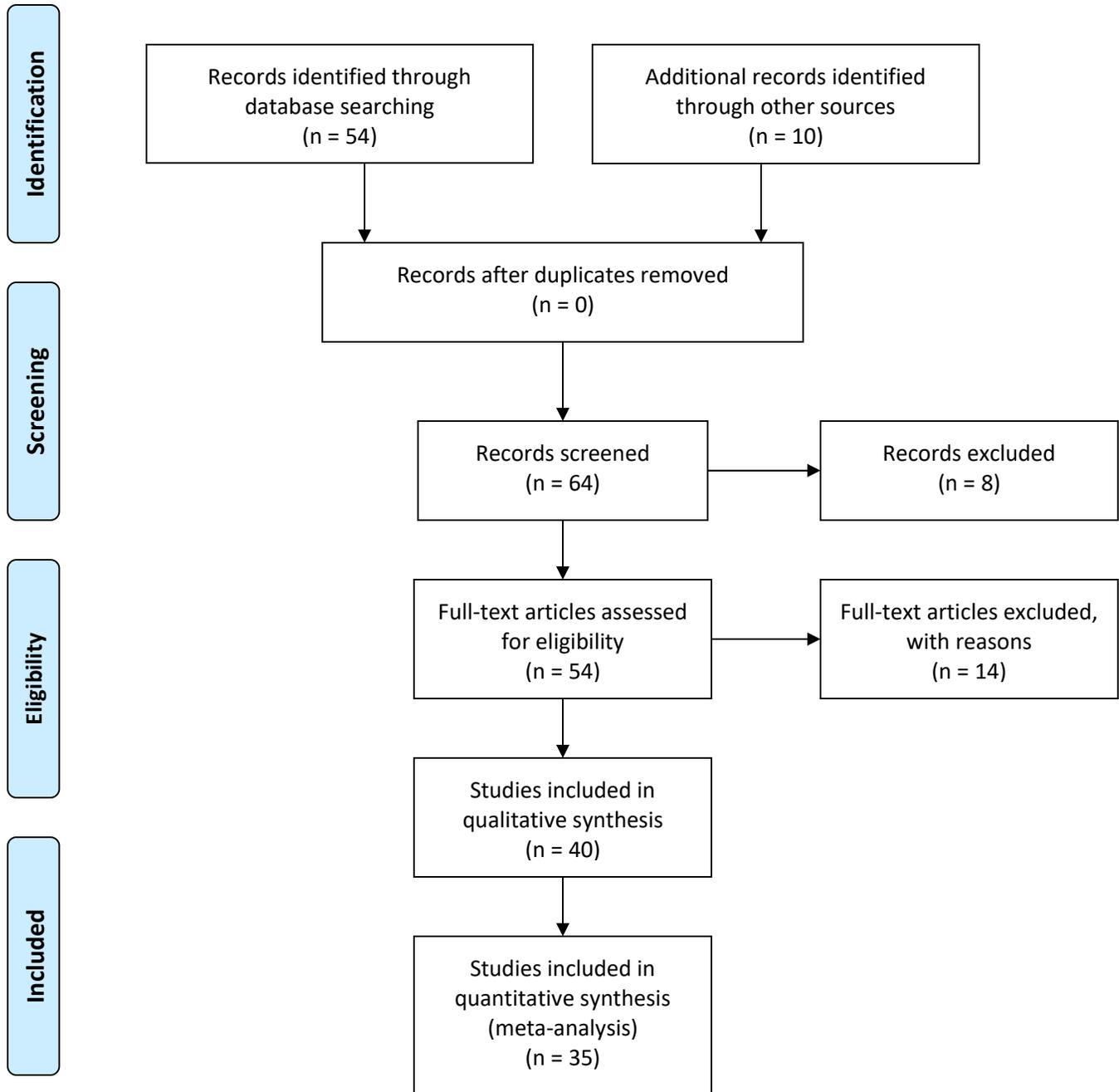
Humanos	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública				
	3 Visitas Hospital e/ou Domicílio por Semana				
	Número de Horas por Visita	Valor/Hora	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)
	3	15,00 €	45,00 €	135,00 €	540,00 €
	Motorista				
	3 Visitas Hospital e/ou Domicílio por Semana				
	Número de Horas por Visita	Valor	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)
	3	5,50 €	16,50 €	49,50 €	198,00 €
	Materiais	Combustível			
Distância Máxima (Km) (Ida e Volta) - Hospital ou Domicílio		Valor/Km	Total/Visita	Total/Semana	Total/Mensal (4 Semanas)
14		0,36 €	5,04 €	15,12 €	60,48 €
Mínimo de 1 Mês de Acompanhamento:			798,48 €		
Máximo de 3 Meses de Acompanhamento:			2 395,44 €		

ANEXOS

ANEXO I – *Prisma Flow Diagram*



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

ANEXO II – *Edmonton Frail Scale*

The Edmonton Frail Scale

NAME : _____

d.o.b. : _____

DATE : _____

Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
Cognition	Please imagine that this pre-drawn circle is a clock. I would like you to place the numbers in the correct positions then place the hands to indicate a time of 'ten after eleven'	No errors	Minor spacing errors	Other errors
General health status	In the past year, how many times have you been admitted to a hospital?	0	1-2	≥2
	In general, how would you describe your health?	'Excellent', 'Very good', 'Good'	'Fair'	'Poor'
Functional independence	With how many of the following activities do you require help? (meal preparation, shopping, transportation, telephone, housekeeping, laundry, managing money, taking medications)	0-1	2-4	5-8
Social support	When you need help, can you count on someone who is willing and able to meet your needs?	Always	Sometimes	Never
Medication use	Do you use five or more different prescription medications on a regular basis?	No	Yes	
	At times, do you forget to take your prescription medications?	No	Yes	
Nutrition	Have you recently lost weight such that your clothing has become looser?	No	Yes	
Mood	Do you often feel sad or depressed?	No	Yes	
Continence	Do you have a problem with losing control of urine when you don't want to?	No	Yes	
Functional performance	I would like you to sit in this chair with your back and arms resting. Then, when I say 'GO', please stand up and walk at a safe and comfortable pace to the mark on the floor (approximately 3 m away), return to the chair and sit down'	0-10 s	11-20 s	One of : >20 s , or patient unwilling , or requires assistance
Totals	Final score is the sum of column totals			

Scoring :

0 - 5 = Not Frail

6 - 7 = Vulnerable

8 - 9 = Mild Frailty

10-11 = Moderate Frailty

12-17 = Severe Frailty

TOTAL

/17

Administered by : _____

ANEXO III – Escala de Quedas de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

ANEXO IV – Certificado Jornadas Enfermagem Avançada



1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Auditório do pólo Artur Ravara

Certificado

Tiago Nascimento; Ana Veiga; Diana Roriz; Maria João Gama; Rute Marçal; Varandas Lourdes, participaram com um poster, subordinado ao tema “Envelhecimento na comunidade e o transitional care model: papel do enfermeiro especialista na transição segura”, nas **1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 18 de dezembro de 2019.

O Presidente da ESEL, João Carlos Barreiros dos Santos

ANEXO V – Resultados Aceitação NOVAintegrated Care

I International Conference | NOVA Saúde Integrated Care - Resultados

Nova Saúde <novasaude@unl.pt>

18 de fevereiro de 2020 às 12:38

Caro(a) Investigador(a)

Na sequência da submissão do resumo para apresentação de poster na **I Conferência de Integração de Cuidados de Saúde | NOVA Saúde Integrated Care**, vimos comunicar que o mesmo foi aceite.

Solicito que assim que possível nos confirme a sua disponibilidade para estar presente no dia **12 de março de 2020** na **Reitoria da Universidade NOVA de Lisboa**, entre as 9h00h e as 13h00h.

Muitos parabéns pelo trabalho! Ficamos a aguardar confirmação.

Com os melhores cumprimentos,

ROSA RAFAEL

Gabinete NOVA Saúde

Tel.: +351 213 715 600 • E-mail: novasaude@unl.pt

REITORIA DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Campus de Campolide • 1099-085 Lisboa • Portugal

www.unl.pt | [Facebook](#) | [Google+](#) | [Twitter](#)

Advertência: Esta mensagem (incluindo eventuais ficheiros anexos) pode conter informação confidencial ou privilegiada. Se recebeu esta mensagem por erro, por favor contacte o remetente por e-mail e apague a mensagem e os dados adjacentes do seu sistema informático.

Warning: This message and any files transmitted with it may contain privileged or confidential information. If you are not the intended recipient, please notify the sender by e-mail and delete this message from your computer.

ANEXO VI – Certificado Dia da ESEL (1)



CERTIFICADO

Certifica-se que os seguintes autores **Maria João Gama, Tiago Nascimento, Diana Roriz, Ana Veiga**, apresentaram um poster com o título: “**Cancro colo retal: Uma abordagem epidemiológica**”, no 12º Aniversário da ESEL, no dia 5 de dezembro de 2019.

Lisboa, 5 de Dezembro de 2019

Presidente João Carlos Barreiros Santos



ANEXO VII – Certificado Dia da ESEL (2)



CERTIFICADO

Certifica-se que os seguintes autores Nascimento, Tiago; Marçal, Rute & Rodrigues, Fátima, apresentaram um poster com o título: **“Apreciação de uma Família em Contexto Comunitário: Modelo Dinâmico como Referencial para Avaliação e Intervenção Familiar”**, no 12º Aniversário da ESEL, no dia 5 de dezembro de 2019.

Lisboa, 5 de Dezembro de 2019

Presidente João Carlos Barreiros Santos



ANEXO VIII – Certificado Congresso SPESF



SPESF
Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar

DECLARAÇÃO

Declara-se que os autores Tiago Nascimento, Fatima Moreira apresentaram a comunicação por póster com o título **Da Apreciação ao Diagnóstico: Avaliação de uma Família em Contexto Comunitário no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar**, promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em Lisboa.

Lisboa, 18 de outubro, 2019

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Enfermagem
SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
Associação de Enfermeiros de Saúde Familiar



(Professora Doutora **Maria Henriqueta Figueiredo**)
R. Cruzes 114, 096 250
4480-203 Matosinhos

Presidente da Comissão Científica



(Professora Doutora **Manuela Ferreira**)



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA



Associação de Enfermeiros de Saúde Familiar
AGEFEC
Associação de Enfermeiros de Saúde Familiar

ANEXO IX – Tabela de Correlações

Correlações

			Idade	Score_Fragilidade	Score_Morse	Graffar
rô de Spearman	Idade	Coeficiente de Correlação	1,000	-,065	-,098	-,084
		Sig. (2 extremidades)	.	,702	,564	,621
		N	37	37	37	37
	Score_Fragilidade	Coeficiente de Correlação	-,065	1,000	-,320	,424**
		Sig. (2 extremidades)	,702	.	,054	,009
		N	37	37	37	37
	Score_Morse	Coeficiente de Correlação	-,098	-,320	1,000	-,113
		Sig. (2 extremidades)	,564	,054	.	,504
		N	37	37	37	37
	Graffar	Coeficiente de Correlação	-,084	,424**	-,113	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,621	,009	,504	.
		N	37	37	37	37

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte - Output SPSS (R) 25.0