



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Dissertação de Natureza Científica

**O Cuidado Transicional da Pessoa Adulta/Idosa:
O Contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Ana Rita Cardoso Pedrosa



**Lisboa
Julho 2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Dissertação de Natureza Científica

**O Cuidado Transicional da Pessoa Adulta/Idosa:
O Contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Ana Rita Cardoso Pedrosa



Docente orientador:

Professora Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho



**Lisboa
Julho 2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Na vida nasce-se, vive-se e morre-se.

E cada uma destas coisas fundamentais é dom e contrariedade.

Tudo pode ser perspetiva. No fim de contas tudo é relativo.

Hoje aquilo que me é barreira e muro amanhã pode ser degrau e passagem.”

António Francisco Sá Nogueira

AGRADECIMENTOS

Finalizado mais um objetivo do meu percurso profissional, este é o momento de reconhecer o contributo daqueles que permitiram a harmonia e êxito. Esperando que já o tivesse transmitido ao longo deste caminho, algumas pessoas desempenharam um papel ativo e decisivo, sem as quais não se teria tornado uma realidade e a quem estarei sempre grata.

À Professora Doutora Cristina Lavareda Baixinho pela sua orientação pedagógica, total apoio e disponibilidade, pelo saber que transmitiu e por todas as palavras de incentivo.

Ao Professor Doutor Óscar Ferreira pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento.

À minha mãe pelo apoio incondicional, encorajamento, paciência e tolerância que me permitiram concluir mais uma etapa de vida.

Ao Duarte pelo incentivo e compreensão ao longo desta caminhada.

Às minhas amigas pelo apoio e pelo esforço de presença assídua nos momentos sociais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TCM - *Transitional Care Model*

RESUMO

O cuidado transicional traduz-se num conjunto de ações que assegura a continuidade de cuidados na transição entre diferentes níveis de cuidado. Este estudo teve por objetivos: Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados; identificar oportunidades/desafios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunitário e propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Para lhes dar resposta foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura e um *Focus Group*. Da Revisão Integrativa resultaram doze estudos. Após análise de conteúdo emergiram as categorias: pessoa alvo de cuidados transicionais; família envolvida na transição de cuidados; profissionais de saúde; estratégias de ação e políticas de saúde. No *Focus Group* participaram seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, do hospital e comunidade. Para a análise de conteúdo recorreu-se ao Software WebQDA, emergindo quatro categorias: Promoção da continuidade de cuidados, Enfermeiro de prática avançada como gestor dos cuidados, Capacitação da pessoa e cuidador, Promoção da coordenação de cuidados.

A coordenação e integração dos cuidados revela-se um desafio persistente. O presente estudo permitiu identificar estratégias que minimizam o risco da fragmentação de cuidados e fomentam a participação da pessoa no cuidado transicional. Garantir o cuidado transicional é imperativo para incrementar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos profissionais, dos clientes, e o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável.

Descritores: Prática Avançada de Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação; Cuidado Transicional; Alta hospitalar; Continuidade de Cuidados.

ABSTRACT

Transitional care is a set of actions that ensure continuity of care in the transition between different levels of care. This study aimed to: Identify elements that facilitate/difficult the different dimensions of continuity of care; identify opportunities/challenges of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in transitional care, in the hospital and community context, and propose a protocol for transitional care to the adult/elderly person hospitalized in need of Rehabilitation Nursing care. To respond to them, an Integrative Literature Review and a Focus Group were developed. The Integrative Literature Review resulted in twelve studies. After content analysis, the following categories emerged: person in transitional care; family involved in the transition of care; Health professionals; action strategies and health policies. Six Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, from the hospital and the community participated in the Focus Group. For content analysis, the WebQDA Software was used. Four categories emerged: Promoting continuity of care, Advanced practice nurse as care manager, Empowerment of the person and caregiver, Promoting care coordination.

The coordination and integration of care proves to be a persistent challenge. This study allowed us to identify strategies that minimize the risk of fragmentation of care and encourage the person's participation in transitional care. Ensuring transitional care is imperative to increase the quality of care, the satisfaction of professionals, clients, and the development of a sustainable health system.

Descriptors: Advanced Nursing Practice; Rehabilitation Nursing; Transitional Care; Hospital discharge; Continuity of Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
2. QUADRO CONCEPTUAL (<i>TRANSICIONAL CARE MODEL</i>).....	27
3. METODOLOGIA.....	31
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1. Resultados da Revisão Integrativa da Literatura.....	37
4.2. Resultados do <i>Focus Group</i>.....	44
4.3. Discussão.....	53
4.4. Proposta de Plano de Ação.....	60
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Conselho de Administração para realização do estudo

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto Individual para o desenvolvimento da dissertação de natureza científica

Apêndice II – Cronograma de atividades

Apêndice III – Identificação do corpus de análise da revisão integrativa da literatura

Apêndice IV - Corpus de análise da amostra bibliográfica

Apêndice V – Planeamento do *Focus Group*

Apêndice VI – Artigo científico produzido para a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama representativo do Transitional Care Model.	29
Figura 2. Árvore de Codificação extraída do software de análise.	44
Figura 3. Proposta de Plano de Ação	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Componentes do Transitional Care Model	28
Tabela 2. Questão de investigação (mnemónica PICO)	31
Tabela 3. Critérios de elegibilidade para a Revisão Integrativa da Literatura	34
Tabela 4. Corpus da análise de conteúdo ao <i>Focus Group</i>	45

INTRODUÇÃO

A população portuguesa apresenta, segundo o Instituto Nacional de Estatística, uma representatividade de cerca de um terço de pessoas com dezasseis ou mais anos com limitação na realização de atividades consideradas habituais devido a um problema de saúde. Este dado parece ser simultaneamente reflexo do aumento da incidência de doenças crónicas e doenças incapacitantes, com frequente necessidade de internamento hospitalar, transição entre níveis de cuidados e necessidade de adaptação no regresso ao domicílio. Neste sentido, é clara a necessidade de adequar respostas do Sistema de Saúde de forma a contrariar a eventual fragmentação de cuidados que se pode manifestar através de orientações de tratamento confusas para o cliente (com uma forte probabilidade de erros e duplicações), num seguimento desadequado, assim como numa falta de preparação/informação do cliente e dos cuidadores informais. É, por isso, fundamental diminuir a assimetria de informação entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde e a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde (Mendes et al., 2017; Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Na verdade, desde 2016 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere estratégias e políticas de intervenção para consolidação dos serviços de saúde centrados na pessoa, nomeadamente: capacitar a pessoa e comunidade; reforçar a gestão e responsabilidade (quer com a participação do cidadão na reformulação das políticas de cuidados, quer na harmonização das estratégias entre sector público e privado, por exemplo); reorganizar o modelo de cuidados; coordenar os serviços multissetoriais de acordo com as necessidades e procura da pessoa; promover um ambiente propício à implementação das estratégias transformacionais anteriores (OMS, 2016).

Para as estratégias apresentadas, a OMS destaca como prática prioritária o desenvolvimento de cuidados transicionais, sendo o impacto deste modelo de cuidados muito claro: com uma enfermagem de prática avançada, é possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão; os cuidados geridos a partir do domicílio, por exemplo, proporcionam *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios do que as pessoas que se encontram em internamento hospitalar, reforçando uma redução de custos, com um impacto de sensivelmente 17% (OMS, 2018).

Pelo risco de alteração do estado funcional ou de saúde, principalmente na população idosa, o cuidado transicional destaca-se como uma resposta pertinente às necessidades de saúde e que pode ser definido como um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre transferências

de diferentes níveis de cuidados ou transferência de local. Nessa situação, pode existir alteração no estado funcional ou de saúde, principalmente na população idosa, necessitando de preparação para a nova situação (Menezes et al., 2018).

Particularmente em relação aos cuidados de reabilitação, Medina-Mirapeix et al. (2011) afirmam o interesse crescente dos profissionais no desenvolvimento de políticas de continuidade de cuidados de reabilitação, que é acompanhada por um esforço internacional para manter e potencializar a continuidade de cuidados integrados num sistema de saúde, demonstrando a preocupação com a fragmentação dos cuidados. Não obstante, são escassos os estudos publicados com foco nos cuidados de reabilitação, ainda que os profissionais envolvidos reconheçam existir uma oportunidade em melhorar a qualidade dos cuidados que se revelam complexos face às dimensões intrínsecas.

O presente trabalho surge no âmbito do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem e Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), nomeadamente na Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica, emergindo como resultado do Projeto Individual (Apêndice I). A dissertação de natureza científica tem em vista a procura da excelência dos cuidados de reabilitação e de ganhos em saúde, e procurará explorar o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no processo de transição de cuidados, procurando responder à questão “Quais as intervenções de reabilitação que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa no regresso a casa após internamento hospitalar?”. Estabeleceu-se como objetivo geral: “Analisar as necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, e como objetivos específicos:

- Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados;
- Identificar oportunidades/desafios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunitário;
- Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

De forma a dar resposta aos objetivos propostos, a presente dissertação foi desenvolvida em duas etapas – uma primeira que correspondeu a revisão integrativa da literatura, de forma a identificar os estudos publicados sobre o tema; a segunda diz respeito à realização de *Focus Group*, definindo-se como participantes os EEER que se encontrassem na prestação direta de cuidados transicionais de reabilitação, nomeadamente nos serviços de urgência e internamento de adulto/idoso num hospital

da região de Lisboa e Vale do Tejo e os EEER da comunidade da área de abrangência da unidade hospitalar.

O trabalho que se apresenta, e para além da presente introdução, encontra-se dividido em cinco principais capítulos: um primeiro capítulo onde realizado o enquadramento teórico da temática, um segundo capítulo que abordará o Quadro de Referência em Enfermagem (*Transitional Care Model*), um terceiro capítulo que dirá respeito a metodologia do estudo, um quarto capítulo que dirá respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados. Finda-se com as considerações finais, respetivas referências bibliográficas e anexos, dando por terminado o documento que se apresenta e que será alvo de discussão pública.

A redação deste trabalho baseou-se nas normas do Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL e seguiu as normas APA de referênciação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas são uma problemática atual e à qual os sistemas de saúde procuram acompanhar com respostas adequadas através do desenvolvimento de estratégias que proporcionem melhores resultados em saúde e a redução dos custos associados ao sector.

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde assenta sobre uma base sólida: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), emergindo a proteção da saúde como um dever e, sobretudo, como um direito, concretizado através Constituição da República Portuguesa: preconiza-se um serviço de saúde universal, adequado às condições económicas e sociais dos cidadãos (tendencialmente gratuito), sendo responsabilidade maioritariamente do Estado garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde por todos os cidadãos (Lei Constitucional n.º1/97).

Segundo a OMS, os sistemas de saúde detêm a responsabilidade de melhorar a saúde da população e protegê-las dos custos financeiros associados a situação de doença, assim como tratá-las com dignidade. A sua concretização será possível através do aumento da capacidade e da qualidade da prestação de cuidados, da garantia de cobertura de toda a população, e pela garantia de que estes serviços se mantêm acessíveis a todos. Assim, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), os sistemas de saúde têm três objetivos finais: melhorar a saúde dos cidadãos, responder às suas legítimas expectativas, e garantir-lhes proteção do risco social e financeiro ao recorrer aos serviços de saúde (OPSS, 2019).

Na verdade, estudos apontam para que os países com um sistema de saúde alicerçado em Cuidados de Saúde Primários têm uma população com melhores resultados em saúde, menores taxas de hospitalizações evitáveis, apresentam menores desigualdades socioeconómicas no estado de saúde reportado e nas necessidades não satisfeitas. Estes *outcomes* revelam-se particularmente relevantes quando interpretados face ao envelhecimento da população, e ao conseqüente perfil das pessoas idosas (maioritariamente utilizadoras dos cuidados de saúde primários e com transição frequente entre níveis de cuidados): a integração e continuidade de cuidados são fulcrais e devem proporcionar à pessoa, dependendo da sua situação individual, o acesso ao tipo e intensidade de cuidados que de facto necessitam, no tempo e lugar adequados (Mendes et al., 2017; OPSS, 2019).

A continuidade e coordenação dos cuidados são conceitos amplos, interligados, podendo até sobrepor-se, e que contribuem significativamente para a forma como as pessoas experienciam as suas vivências no sector da saúde. A nível organizacional é

prioritário reorientar os serviços de saúde para as necessidades da pessoa, dado que as intervenções que promovem a continuidade e coordenação de cuidados irão, invariavelmente, melhorar a experiência das pessoas, com doença crónica por exemplo, aprimorar a experiência dos profissionais de saúde e potenciar melhores resultados em saúde e na performance do sistema de saúde (OMS, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), existem oito práticas prioritárias que deverão ser implementadas em diferentes níveis do sistema de saúde, e em diferentes níveis de cuidados, que garantem a continuidade dos cuidados:

- Continuidade com os profissionais de cuidados de saúde primários: pessoas que mantêm contacto contínuo com o profissional de saúde de referência refletem um menor recurso ao serviço de urgência em situações não justificáveis ou situações não urgentes e demonstram maior satisfação com os cuidados;
- Plano de cuidados partilhado e tomada de decisão: revela-se um fator de sucesso na coordenação de cuidados os planos de cuidados que são centrados na pessoa, orientados para os seus objetivos e ganhos em saúde, permitindo que a pessoa, família e cuidadores informais possam ser totalmente envolvidos na avaliação e tomada de decisão sobre os cuidados;
- Gestão de casos para pessoas com necessidades complexas: proporcionar um relacionamento proativo e contínuo na identificação de pessoas com necessidades complexas, na avaliação e planeamento de cuidados (e coordenação dos mesmos para integrar serviços necessários para a pessoa), reduz a probabilidade destas pessoas vivenciarem a fragmentação de cuidados;
- Serviços definidos ou com um único ponto de acesso: a alocação de diferentes profissionais, e ligações com pessoas que conhecem a comunidade local e recursos voluntários, facilita o percurso e acesso a serviços e apoio comunitário de que as pessoas requerem cuidados crónicos necessitam;
- Cuidados transicionais ou intermédios: a eficaz gestão da transição dos cuidados hospitalares para casa melhora a qualidade do atendimento, agiliza a recuperação funcional, reduz a taxa de reinternamento e reduz o custo associado ao atendimento;
- Atendimento integral ao longo de todo o percurso: a coordenação de cuidados eficazes antecipa crises e pode fornecer respostas urgentes (em períodos noturnos e dias não úteis) por profissionais que comunicam de

forma eficaz e partilham informação de registos em saúde e cuidados ao longo do percurso;

- Tecnologia para apoiar a continuidade e coordenação: ferramentas e plataformas para a troca de informações facilitam a adoção de práticas interventivas e identificação de pessoas que têm múltiplas condições, circunstâncias complexas ou que têm maiores ganhos devido à coordenação de cuidados;
- Construir a capacidade de trabalho: desenvolvimento de capacidades, pontos fortes, e confiança, garante que os profissionais demonstrem competência para preencher os seus potenciais papéis em garantir a continuidade e coordenação de cuidados.

No sistema de saúde português a continuidade de cuidados é concebida como a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social. Desta forma, assume-se a continuidade de cuidados como um direito que assume maior relevo quando a pessoa que necessita de cuidados se apresenta vulnerável pela sua alteração ao estado de saúde e necessidade de transição entre organizações de cuidados de saúde, requerendo cuidados/intervenções multiprofissionais dirigidos para as situações crónicas ou complexas de que são portadores (Mendes et al., 2017).

Os cuidados transicionais referem-se à prestação de cuidados durante a transição do hospital para casa, de casa para o hospital e de doença ou lesão para a recuperação e independência – podem, em boa verdade, envolver a reintegração da pessoa no seu emprego e no seu papel social mais amplo, ou apoiar a transição para cuidados paliativos e fim-de-vida. Esta abordagem holística e biopsicossocial para o cuidado transicional deve ser culturalmente sensível e envolver a família, cuidadores, entidade patronal e comunidade local (OMS, 2018).

Alguns autores exploram de forma mais profunda o conceito, afirmando que o cuidado transicional se traduz em múltiplas intervenções que na sua íntegra têm o objetivo de garantir a continuidade de cuidados na transição de diferentes níveis de cuidado ou transição de local. Em qualquer um dos cenários é possível existir a alteração da condição de saúde, limitação da atividade ou restrição da participação da pessoa, principalmente se esta for idosa, carecendo de preparação para a nova situação. Os cuidados de transição devem, por esse motivo, ser planeados e iniciados ao longo do internamento hospitalar, permitindo a participação da pessoa e família apoiar na adaptação ao novo ambiente de cuidado, evitando eventos adversos e reinternamentos (Mendes et al, 2017, Menezes et al, 2018; Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2020).

A implementação de cuidados transicionais, segundo Menezes et al. (2019), deve iniciar-se durante o internamento hospitalar, período onde deve ser elaborado um plano de alta, avaliando a pessoa nas suas reais e atuais capacidades funcionais, obtendo informações sobre as redes de apoio existentes na comunidade, bem como disponibilizar orientações para a pessoa e a família, com especial foco nas indicações para o adequado esquema terapêutico, agendamento de consultas e monitorização do quadro clínico – destacam-se como intervenções-chave a educação no planeamento da alta, plano de terapêutica medicamentosa, melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e programação da continuidade dos cuidados na comunidade; são ainda pertinentes intervenções mais complexas e relevantes para apoiar a pessoa e família durante o cuidado de transição, garantindo a segurança dos planos de reabilitação implementados. Segundo as autoras, para o sucesso do plano de cuidados transicionais, destaca-se a participação da família durante o desenvolvimento das atividades recomendadas pós-alta hospitalar para a continuidade do cuidado no domicílio, no intuito de melhorar a qualidade de cuidados prestados e, por conseguinte, o estado de saúde da pessoa idosa.

A OMS (2018), no seu relatório publicado, transmite de forma muito clara o impacto do cuidado transicional para a pessoa alvo de cuidados, o papel desenvolvido pelos profissionais de saúde envolvidos e os ganhos para o sistema de saúde de diversos países: é visível a redução da taxa de readmissão hospitalar após 30 a 90 dias em pessoas onde o cuidado transicional foi desenvolvido por enfermeiros de prática avançada; *outcomes* idênticos e melhores e maior satisfação, proporcionados através da gestão de cuidados através da hospitalização domiciliária, resultando simultaneamente numa redução de custos em 19%; redução dos custos totais associados aos cuidados de adultos e idosos com doenças crónicas, graves e incapacitantes (em cerca de 17%), visível num acompanhamento em cerca de dois anos, e através da implementação de visitas domiciliárias urgentes em situação de agravamento como estratégia preventiva no recurso evitável ao hospital (esta equipa monitorizou igualmente os episódios hospitalares para garantir a continuidade de cuidados).

Em Portugal a partilha de informação entre os serviços de saúde, ou não existe, ou é escassa. O desenvolvimento de um modelo de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação de enfermagem entre Hospital e Cuidados de Saúde Primários permitiria melhorar significativamente o acesso, a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. As próprias pessoas reconhecem o valor da continuidade dos cuidados, e sobrepõe-na ao acesso rápido ou a uma vasta gama de serviços, por exemplo. Relativamente aos profissionais e políticos da saúde,

a continuidade é valorizada essencialmente a partir dos seus impactos na maior ou menor utilização de serviços de saúde (internamento e ambulatório), na limitação do acesso/uso de cuidados especializados e na própria reorganização dos serviços de saúde (Mendes et al., 2017).

No que concerne à utilização dos serviços de saúde, sugere-se que a utilização dos serviços de urgência pode ser um indicador de um acesso inadequado aos cuidados de saúde primários. Ainda que este recurso possa ser influenciado pelas necessidades da população (com o estado de saúde), ou a dificuldade de acesso aos cuidados, alguns estudos demonstram que uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde primários resultará numa melhor continuidade de cuidados e, por conseguinte, a uma menor utilização dos serviços de urgência (OPSS, 2019).

Os *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório, usualmente designados por internamentos evitáveis), são definidos como condições específicas para as quais o internamento hospitalar se revela potencialmente evitável, por exemplo, através da educação da pessoa, de iniciativas de promoção de saúde, de um diagnóstico e tratamento precoce da doença e de uma gestão adequada da doença crónica, ou seja, através de um sistema de cuidados de saúde primários acessível, atempado, adequado e de qualidade. Na verdade, não significa que estes internamentos sejam inadequados na admissão hospitalar, mas demonstra que a falta de acesso aos cuidados de saúde primários e a ausência de uma intervenção contínua e de qualidade ao nível desses cuidados pode levar a uma progressão e exacerbação evitável da condição de saúde, que em última instância irá exigir um internamento hospitalar (OPSS, 2019).

No que concerne à realidade nacional, os internamentos evitáveis parecem estar fortemente relacionados com as características demográficas e socioeconómicas da população abrangida pelas diferentes unidades funcionais (Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ou Unidades de Cuidados na Comunidade), e não com o tipo de unidade funcional da área de residência da população. Para além disso, a acessibilidade entre os diferentes níveis de cuidados, em Portugal revela diferenças estatisticamente significativas associados à idade e às habilitações literárias: são as pessoas idosas e as pessoas com mais habilitações literárias as que mais percecionam positivamente esta dimensão da continuidade (Mendes et al., 2017; OPSS, 2019).

A OMS ressalva que nos países em que possa existir escassez de profissionais, ou em comunidades dispersas, a continuidade e coordenação dos cuidados dependerá principalmente de cuidadores informais, apoio familiar, apoios financeiros e inovação social (OMS, 2018).

Salvaguarda-se que a pessoa com dependência se revela particularmente vulnerável a experiências de perda da continuidade de cuidados quando vivenciam alterações do seu estado de saúde ou na transição entre organizações de saúde. No entanto, este será um dos fatores prementes na evolução da funcionalidade e da qualidade de vida. A articulação entre os níveis de cuidados requer uma equipa multi e interdisciplinar que garanta a qualidade e segurança, evitando o declínio da funcionalidade no período pós-alta e reinternamentos desnecessários por riscos e complicações previsíveis. Garantir uma transição segura do hospital para a comunidade é, por esse motivo, uma estratégia apropriada a ser seguida pelos diferentes serviços de saúde, pelo potencial na promoção da autonomia e independência para o autocuidado (Baixinho & Ferreira, 2019).

Deverá constituir-se como objetivo estratégico a reestruturação do modo de intervenção das organizações com vista à prevenção da descontinuidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, redução da possibilidade da sua fragmentação e aumento da eficiência.

2. QUADRO CONCEPTUAL (*TRANSICIONAL CARE MODEL*)

Neste capítulo será explorada a filosofia de cuidados que se acredita sustentar o presente trabalho, na medida em que não só as componentes que o incluem podem oferecer resposta à síntese do conhecimento apresentada em capítulo anterior, mas por poder espelhar os cuidados diferenciados que o EEER tem capacidade de prestar.

O *Transitional Care Model* (TCM) foi projetado com vista a prevenção de complicações de saúde e reinternamento do adulto/idoso com doença crónica, proporcionando um planeamento de alta abrangente e acompanhamento no domicílio. Para tal, o TCM preconiza a identificação dos objetivos de saúde dos clientes, o planeamento e implementação de um programa de cuidados simplificado, e a continuidade de cuidados entre serviços e ao longo do processo de saúde-doença. A prestação de cuidados, refletida neste modelo de cuidado deve ser monitorizada pelo Enfermeiro de Prática Avançada, em colaboração com o cliente, cuidadores e membros da equipa multidisciplinar (Hirschman et al., 2015).

A evidência publicada demonstra que este modelo de cuidados permite melhorar a experiência do adulto/idoso nos cuidados prestados, *outcomes* de saúde e impacto na qualidade de vida. Os resultados demonstram redução na taxa de reinternamento e dos custos associados aos cuidados de saúde.

A avaliação rigorosa das intervenções baseadas no TCM e o tratamento de dados resultantes da aplicabilidade do modelo, permitiu identificar componentes principais integrativas do modelo de cuidados (Tabela 1).

Os nove componentes que sustentam o modelo de cuidado são:

- Triagem de adultos com maior risco de baixos *outcomes*;
- Equipa de enfermagem especializada que assume a responsabilidade pela gestão de cuidados;
- Manutenção de relação de confiança (com o cliente e cuidador);
- Capacitação do cliente e cuidador, envolvendo-os na implementação do plano de cuidados que deverá respeitar as preferências, valores e objetivos do cliente;
- Avaliação e gestão de risco e sintomas;
- Educação/Promoção da autogestão de forma a capacitar o cliente e cuidador na identificação e resposta em situações de agravamento do estado de saúde;
- Colaboração e promoção do consenso relativamente ao plano de cuidados entre o cliente, cuidador e membros da equipa multidisciplinar;
- Promoção da continuidade de cuidados, evitando a fragmentação dos mesmos;

- Promoção da coordenação, através da comunicação eficaz e relação dos profissionais entre diferentes níveis de cuidados (entre o internamento hospitalar e os profissionais da comunidade, por exemplo) (Hirschman et al., 2015; Nelson & Pulley 2015).

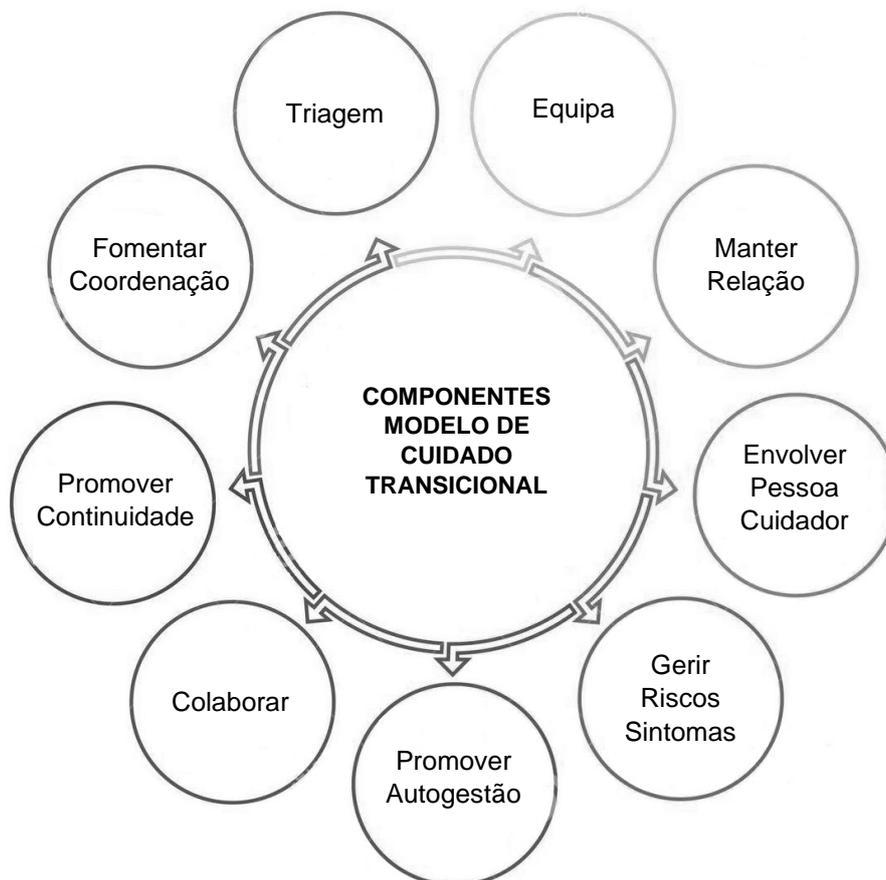
Tabela 1. Componentes do Transitional Care Model

Componente	Definição
Triagem	Destina-se a adultos/idosos em transição do hospital para casa que se encontram em alto risco de obter baixos <i>outcomes</i> .
Equipa	Recorre a Enfermeiros de Prática Avançada em Enfermagem que assumem a responsabilidade primária pela gestão de cuidados durante os episódios de doença aguda.
Manutenção de relacionamentos	Estabelece e mantém uma relação de confiança com a pessoa e cuidadores familiares envolvidos no cuidado.
Envolvimento de clientes e cuidadores	Envolve os idosos na conceção e implementação do plano de cuidados alinhado com suas preferências, valores e objetivos.
Avaliação/ gestão de riscos e sintomas	Identifica e aborda os fatores de risco e sintomas prioritários da pessoa.
Educação/ promoção da autogestão	Prepara adultos/idosos e cuidadores familiares para identificar e responder rapidamente ao agravamento dos sintomas.
Colaboração	Promove consenso sobre o plano de cuidados entre idosos e membros da equipa profissional.
Promoção da continuidade	Evita interrupções na assistência do hospital para casa
Fomento da coordenação	Promove a comunicação e as conexões entre os profissionais de saúde e os profissionais da comunidade.

Fonte: adaptado de Hirschman et al., (2015)

Apesar de agora explorados individualmente, é importante compreender que todos os componentes se encontram interligados e a sua totalidade se integra num processo de cuidado holístico (Figura 1).

Figura 1. Diagrama representativo do Transitional Care Model.



Fonte: Adaptado de PennNursing, disponível em <https://www.nursing.upenn.edu/ncth/transitional-care-model/about-the-tcm/>)

A aplicabilidade do TCM é reconhecida como uma abordagem de primeira linha baseada em evidência científica e que acarreta consigo um excelente potencial nos ganhos em saúde, necessitando ser adaptado a cada ambiente onde o modelo de cuidados será aplicado.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com o regulamento das suas competências comuns, possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, devem ser mobilizadas para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. Para além dos demais domínios, o Enfermeiro Especialista tem atribuída a responsabilidade na Melhoria Contínua da Qualidade, com a competência de assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas

institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com o Regulamento das suas competências específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve, dado o avanço na produção de conhecimento, incorporar os novos resultados da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. Quer com isto dizer que o seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe, assim, tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No mesmo documento regulador da profissão é referido que o EEER, através de técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, deve intervir na educação dos clientes e pessoas significativas (ou cuidador), no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim o direito à dignidade e à qualidade de vida. Concretamente, é explicitado que a intervenção do EEER “visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13565).

Implicitamente pode concluir-se que o EEER deverá assumir um papel de liderança e de gestor no processo de cuidados transicionais, podendo transpor-se os componentes do TCM nos documentos reguladores da profissão acima descritos, nomeadamente na gestão eficaz da transição hospital-comunidade, superando a fragmentação dos focos de atenção, garantindo a continuidade dos cuidados traduzindo num sistema integrativo de saúde.

3. METODOLOGIA

No presente capítulo serão apresentados aspetos associados à estrutura metodológica, nomeadamente a questão de investigação, os objetivos do estudo, o método adotado, desenho do estudo e aspetos éticos.

Com a presente dissertação de natureza científica pretende analisar o contributo do EEER nos cuidados transicionais. Assim sendo, para a concretização do estudo de investigação procurou-se dar resposta à questão de investigação formulada através da mnemónica PICO (Tabela 2): “Quais as intervenções de reabilitação que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa no regresso a casa após internamento hospitalar?”, sendo a população a pessoa adulta/idosa, o fenómeno de interesse os cuidados transicionais de reabilitação e o contexto o hospital-comunidade.

Tabela 2. Questão de investigação (mnemónica PICO). Lisboa, 2020

Acrónimo	Descrição
P	Pessoa adulta/idosa
I	Cuidados transicionais de reabilitação
Co	Hospital-comunidade

O estudo tem como finalidade analisar as necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e como objetivos: identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados; identificar oportunidades/desafios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunidade e propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa.

Para dar resposta aos objetivos mencionados desenvolveram-se dois estudos complementares. Primeiramente uma revisão integrativa da literatura de forma a identificar os estudos publicados sobre o tema. Posteriormente um *Focus Group*, constituído por três EEER de uma unidade hospitalar na área de Lisboa e Vale do Tejo envolvidos nos cuidados e três EEER das unidades de cuidados da comunidade da área geográfica abrangida por essa mesma unidade hospitalar.

A Revisão Integrativa da Literatura é um método de pesquisa que permite a síntese do estado do conhecimento, possibilitando tecer conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, incentivando a produção de novo conhecimento através da identificação de lacunas ou necessidades. É, especificamente para a Enfermagem, um método valioso na medida em que consegue aliar a prática baseada em evidência através de um menor tempo despendido pelo profissional na pesquisa e leitura dos artigos; garante o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam a prática de cuidados ou tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

O processo de elaboração da revisão integrativa da literatura é composto por seis fases, sendo elas: definição da questão orientadora (devendo ser clara e específica); pesquisa da literatura (podendo contemplar diversas fontes, é no entanto necessário que os critérios de elegibilidade possam garantir a representatividade da amostra), colheita de dados (deverá recorrer-se a um instrumento que possa assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando os riscos de transcrição, garantindo precisão na revisão das informações e servindo como registo); análise crítica dos estudos selecionados (determinação do nível de evidência de acordo com o rigor e características de cada estudo), discussão dos resultados (comparando os dados colhidos nos artigos como referencial teórico). Nesta discussão, o investigador deve proteger a validade da sua revisão integrativa, salientando as suas conclusões, inferências e eventuais vieses; apresentação da revisão integrativa (devendo ser clara e completa, com apresentação dos dados obtidos através de um modo de visualização que permita identificação de padrões ou diferenças, a qual permita ao leitor avaliar criticamente os resultados) (Souza et al., 2010).

A Revisão Integrativa da Literatura que procurou responder à questão de investigação, iniciou-se com a realização de pesquisa eletrónica em novembro de 2020 (Apêndice II), nas bases de dados EBSCOhost® (CINAHL® e MEDLINE®), Pubmed® e Web of Science®, considerando os descritores adequados a cada uma, nomeadamente: *Transitional Care, Patient Transfer, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Physical and Rehabilitation Medicine, aged and adult* (Cinahl e Medline) e *transitional care, readiness discharge, discharge planning, patient discharge, continuity of care, continuity of patient care, continuous care, patient rehabilitation, rehabilitation nursing, rehabilitation care, physical rehabilitation, rehabilitation, rehabilitation health, rehabilitation therapy, rehabilitation treatment, rehabilitation medicine, rehabilitative intervention, rehabilitative, dependent patients, dependent person, adult, elderly,*

*elderly adults, elderly patients, elderly person, aged, aged human, nurs** (Pubmed e Web of Science).

Como critérios de elegibilidade foram definidos: participantes com idade superior a 18 anos; identificação do domicílio como destino de alta hospitalar; Índice de Barthel com score igual ou inferior a 90; estudos de investigação quantitativos ou qualitativos; artigos que incluíssem pelo menos reavaliação das intervenções até 30 dias após a alta clínica; artigos publicados entre 2015-2020; com texto integral disponibilizado gratuitamente, em português, espanhol ou inglês. Como critérios de exclusão definiram-se: participantes com idade inferior a 18 anos; participantes institucionalizados; participantes em situação paliativa, com demência diagnosticada, com alteração do estado de consciência; participantes com Índice de Barthel com score superior a 90; estudos não disponibilizados gratuitamente de forma integral e que não incluíssem reavaliação das intervenções pelo menos aos 30 dias após alta hospitalar; artigos com data de publicação anterior a 2015 e noutra idioma que não os mencionados anteriormente (Tabela 3).

Neste sentido, foram identificados 1238 artigos potencialmente relevantes, não se encontrando estudos em duplicado. Destes, 1038 foram excluídos com base na data da publicação, idioma disponibilização de texto integral gratuito, e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos. Foram excluídos 152 artigos pela leitura do título e 3 pela leitura do resumo. Assim, mantém-se selecionados para leitura completa 12 dos artigos selecionados. O fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão da literatura encontra-se apresentado em Apêndice III.

Tabela 3. Critérios de elegibilidade para a Revisão Integrativa da Literatura. Lisboa, 2020

Critérios Inclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Participantes com idade superior a 18 anos;▪ Identificação do domicílio como destino de alta hospitalar;▪ Participantes com Índice de Barthel com score igual ou inferior a 90;▪ Estudos de investigação quantitativos ou qualitativos;▪ Artigos que incluíssem pelo menos reavaliação das intervenções até 30 dias após a alta clínica;▪ Artigos publicados entre 2015-2020;▪ Artigos com texto integral disponibilizado gratuitamente, em português, espanhol ou inglês.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Participantes com idade inferior a 18 anos;▪ Participantes institucionalizados;▪ Participantes em situação paliativa, com demência diagnosticada, com alteração do estado de consciência;▪ Participantes com Índice de Barthel com score superior a 90;▪ Estudos não disponibilizados gratuitamente de forma integral;▪ Estudos que não incluem reavaliação das intervenções pelo menos aos 30 dias após alta hospitalar;▪ Artigos com data de publicação anterior a 2015;▪ Artigos disponibilizados noutra língua que não português, espanhol ou inglês.

O *Focus Group*, ou grupo de discussão, é um método de investigação que visa a recolha de dados qualitativos de um grupo de pessoas através da sua interação e discussão sobre um tópico apresentado pelo investigador. Os participantes selecionados para o *Focus Group* devem possuir características comuns e relevantes quanto ao tema em discussão. É aconselhável que o *Focus Group* contenha entre 4 a 12 participantes. A realização de um *Focus Group* apresenta inúmeras vantagens, pois permite uma colheita de dados ampla que advém da discussão sobre temas definidos num guião; pode ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação;

permite uma maior intervenção dos participantes nomeadamente em temas que possam parecer mais suscetíveis e frequentemente com menores custos do que se essa informação tivesse sido obtida a partir de entrevistas individuais. Outra das vantagens é a sua flexibilidade (Moore et al., 2015; Silva, Veloso & Keating, 2014).

Para os participantes do *Focus Group* foram definidos os seguintes critérios de inclusão: serem EEER da unidade hospitalar definida e da Unidade de Cuidados da Comunidade integrada na área geográfica abrangida pela unidade hospitalar; que se encontrassem a prestar de cuidados a pessoas e famílias a viver situação de transição de cuidados entre o hospital e a comunidade. O grupo deveria constituído no máximo por 12 participantes.

Para a realização do *Focus Group*, foi redigido um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice IV), o qual emergiu dos temas extraídos da revisão integrativa da literatura, nomeadamente: identificação de desafios na transição de cuidados; monitorização do processo de transição; identificação de indicadores de qualidade emergentes à transição de cuidados; estratégias à coordenação entre os níveis de cuidados.

A colheita de dados foi realizada via *online* em fevereiro de 2021, através da plataforma Zoom®. Foi moderada por dois investigadores imparciais e experientes. Segundo Klagge (2018) estas características dos moderadores são um fator facilitador no caso de existir necessidade de controlar o nível de participação.

Após a transcrição manual, a análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin (2011), sendo suportada pelo software WebQDA®. A diversidade de fontes foi enriquecida com a perspetiva dos diferentes participantes, o que para além de aumentar a profundidade da análise, enriqueceu a interpretação dos resultados à luz da revisão da literatura.

A presente dissertação baseia-se no respeito pelas questões éticas e deontológicas de um processo de investigação. Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração e solicitado parecer à Comissão de Ética da unidade hospitalar para o desenvolvimento de investigação clínica, mediante requerimento ao Senhor Presidente da Comissão Executiva e Senhora Enfermeira Diretora, tendo sido autorizada a realização do estudo (Anexos I).

Aos EEER que manifestaram intenção em participar no *Focus Group* foi solicitado o consentimento livre e esclarecido, o qual foi aceite após a leitura de um documento contendo os objetivos do estudo, clarificação das finalidades de participação e tempo médio previsto despendido.

O anonimato e a confidencialidade foram assegurados e os dados foram codificados, sem identificação da fonte. Não existiu, durante o desenvolvimento do

trabalho de investigação, previsão de danos para os participantes no estudo nem custos decorrentes da sua participação.

Desta forma, estarão cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato) conforme a Declaração de Helsinque de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Associação Médica Mundial, 2013).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados ao longo deste quarto capítulo. Mantendo a estrutura metodológica, apresentam-se primeiramente os resultados que advêm da Revisão Integrativa da Literatura e, posteriormente, os obtidos através da realização do *Focus Group*.

4.1. Resultados da Revisão Integrativa da Literatura

A síntese temática foi utilizada no presente estudo para explorar a questão de pesquisa. Cada artigo foi resumido e organizado de acordo com os seguintes itens: identificação do estudo (autor, ano de publicação, país), tipo de estudo, amostra, objetivo e resultados.

No sentido de sistematizar a informação obtida os resultados dos artigos que permitem responder à questão de investigação foram extraídos e submetidos a análise temática de conteúdo segundo Bardin (2011), tendo a codificação sido desenvolvida por dois investigadores, aumentando a fidedignidade.

Dos estudos constituintes da amostra bibliográfica (Apêndice IV) quatro foram publicados em 2015, quatro em 2017, um em 2018 e três em 2019. Dos estudos selecionados, os estudos primários distribuem-se por abordagens qualitativas e quantitativas, contemplando estudos observacionais longitudinais e ensaios clínicos randomizados; foram ainda incluídas duas revisões da literatura. Apesar dos diversos tipos de estudos e metodologias utilizadas, a interpretação dos estudos incluídos permite responder à questão de investigação de forma mais enriquecedora.

A disparidade geográfica é acentuada: dois estudos são noruegueses, dois canadianos, dois do Reino Unido, dois dos Estados Unidos da América, um da China, um da Bélgica, um da Austrália e um de Singapura.

A análise de conteúdo dos artigos da amostra bibliográfica, permitiu a identificação das seguintes categorias: a pessoa alvo de cuidados transicionais; a família envolvida na transição de cuidados; os profissionais de saúde; estratégias de ação e políticas de saúde.

Em relação à categoria a pessoa alvo de cuidados transicionais os estudos observam que a cronicidade de diversas patologias, a incapacidade motora e cognitiva e a polimedicação são fatores conducentes a cuidados complexos e à necessidade da pessoa adulta/idosa em ser acompanhada em diferentes níveis de cuidados. Tal facto, acarreta um risco crescente de cuidados fragmentados e possibilidade de eventos adversos. Impera, por isso, o desafio de interação, coordenação e integração entre os prestadores de cuidados em diferentes níveis de cuidados, garantindo o planeamento de alta e acompanhamento posterior seguros, com envolvimento da pessoa e do seu cuidador, em todas as etapas do cuidado transicional (Dyrstad et al., 2015; Swanson & Moger, 2019; Chase et al., 2019).

Não obstante, a transição entre os níveis de cuidados muitas das vezes não é passível de planeamento, apresentando repercussões na preparação da pessoa e família/cuidadores, contribuindo para readmissões hospitalares. Os motivos para a readmissão são certamente variáveis, sendo que um dos componentes mais importantes será a avaliação dos recursos da comunidade com adequada resposta às necessidades da pessoa. Uma pesquisa realizada em França estima que, para pacientes com 75 anos ou mais, a taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias seja de 14%, sendo um quarto evitável (Dyrstad et al., 2015; Sahota et al., 2017).

Dominando a necessidade e o contributo dos cuidados transicionais, importa explorar a experiência na transição de cuidados. Num estudo desenvolvido na Austrália é possível destacar seis temas identificativos desta experiência, nomeadamente: a necessidade da própria pessoa em tornar-se independente, aprender sobre o autocuidado, a relação de apoio com os cuidadores, a relação com os profissionais, a procura de informações, a discussão e negociação do plano de cuidados transicionais (Allen et al., 2017).

Dos resultados da revisão da literatura, a participação e a tomada de decisão são dois temas identificados pela própria pessoa como fundamentais. Embora a participação do cliente esteja incluída em políticas de saúde, e embora fosse sua intenção estar envolvida na transição de cuidados, a população idosa demonstra uma baixa participação no planeamento de alta e tomada de decisão. Alguns estudos identificam que a pessoa não teve oportunidade em participar nas reuniões familiares, existindo falta de consentimento informado e falta de clareza no propósito das mesmas reuniões – em oposição, as reuniões com o cliente e família acarretavam consigo um sentimento de gratidão, compreendendo o objetivo de coordenar recursos e aumentar o envolvimento do próprio, apesar do desconforto aquando da exposição das suas incapacidades (Dyrstad et al., 2015).

A independência mantém-se como um dos desejos principais da própria pessoa, cuja resposta envolve um esforço integrado nos vários níveis de cuidados por se revelar uma necessidade de cuidado contínuo e objetivo de recuperação. A independência demonstra-se igualmente relevante para a população idosa que vive em comunidade, independentemente de possuir previamente suporte (Allen et al., 2017).

No que diz respeito ao internamento, este é acompanhado por um período de ansiedade, sendo ambígua a perceção sobre os momentos de educação e treino. Se por um lado as pessoas com patologias agudas referem existir demasiada informação e instrução no momento de alta, às pessoas com patologias crónicas é indicativo de uma transição bem-sucedida a sua capacidade para reter, compreender e cumprir as instruções (Hahn-Goldberg et al., 2018).

Dyrstad et al. (2015) conduziram uma revisão da literatura onde estudos faziam referência a que metade das pessoas relatou não receber informações úteis sobre o seu autocuidado, valorizando a sua preparação nos programas de educação para a saúde que incluem sinais de alerta que podem levar a readmissão, plano de gestão terapêutica e educação sobre o seu uso adequado.

O sucesso no processo de educação para a saúde parece estar associado ao envolvimento dos cuidadores – é valorizado pelo cliente e pela família o envolvimento na transição de cuidados, demonstrando que as pessoas sem cuidador informal manifestaram uma dificuldade acrescida em aderir às consultas de acompanhamento, muitas das vezes identificando experiências negativas e desespero ao discutir a sua realidade em situação pós-aguda (Hahn-Goldberg et al., 2018).

No que concerne à categoria a família envolvida na transição de cuidados, os cuidadores familiares e informais desempenham um papel ativo e crítico na gestão das necessidades da população idosa que regressa ao domicílio após hospitalização. Referem que, apesar de reconhecerem uma evolução e eventual agravamento da situação, a sua preparação provém de experiências anteriores, salientando o distanciamento com profissionais no período de internamento, traduzindo-se na dificuldade em colocar questões sobre a situação e cuidados a prestar, considerando tardia a realização de ensinamentos e ausência de informação escrita (Hahn-Goldberg et al., 2018; Chase et al., 2019).

O envolvimento do cuidador pode ser categorizado, segundo perspectiva dos próprios, pelos vários papéis que assumem, destacando-se: providenciar assistência (associado a tarefas médicas como administrar terapêutica e tarefas domésticas como cozinhar ou conduzir em deslocações), advogado da pessoa (num papel defensor de forma a garantir as necessidades e desejos da pessoa, questionar uma decisão médica ou solicitação de recursos), vigilância (identificação de sinais e sintomas de alarme), proporcionar conforto (conferindo um ambiente e experiência agradáveis, reduzindo a ansiedade da pessoa) e

tradutor (na adequação da linguagem entre a pessoa e profissional de saúde) (Hahn-Goldberg et al., 2018).

Reconhecendo todos estes contributos, os próprios cuidadores descrevem que os seus papéis e desafios se encontram aumentados após o período de internamento hospitalar e estão relacionados com a incapacidade motora da pessoa, especialmente com a falta de equilíbrio, limitação da força, dor e com as preferências da pessoa (situações específicas de idosos que sempre disseram que não gostariam de ser cuidados por terceiros). É ainda mencionado pelo cuidador a sensação de isolamento, descrevendo a necessidade de cuidar primeiro da pessoa e só depois de si próprio, como resultado de uma obrigação ou retribuição de amor (Chase et al., 2019).

A transição para o papel de cuidador informal é complexo e implica um esforço a nível físico, cognitivo e emocional e por isso está muitas vezes associada a um aumento da incidência de doenças, que se associa a um conjunto de necessidades económicas, sociais e comunitárias muitas vezes desencadeadas pela necessidade do abandono do trabalho, afastamento dos amigos e da rede de suporte social. Por outro lado, estes cuidadores podem estar simultaneamente a experienciar transições de saúde-doença, com necessidade de intervenção de enfermagem, uma vez que a maioria são mulheres, com idade média superior a 65 anos, com doenças crónicas, as quais precisam de gerir, juntamente com a gestão dos cuidados e da doença do seu familiar dependente (Swason & Moger, 2019).

Estudos demonstram que algumas pessoas/cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais, consentindo reflexo na descoordenação de cuidados, contribuindo para uma confiança menor no processo (Allen et al., 2017; Hahn-Goldberg et al., 2018).

No que diz respeito aos profissionais de saúde envolvidos no processo de transição de cuidados, os mesmos identificaram que o sucesso do cuidado transicional depende da reintegração dos fragmentos dos cuidados à medida em que a pessoa transpõe diferentes níveis de cuidados. No entanto, os profissionais identificam barreiras à integração e coordenação dos cuidados e envolvimento da família, tais como a falta de tempo da equipa para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta (Hahn-Goldberg et al., 2018).

Os profissionais necessitam, por esse motivo, de formação e treino para a implementação da participação da pessoa no seu empoderamento. Equipas multidisciplinares por si só demonstram não ser suficientes. O sucesso do cuidado transicional encontra-se dependente da reintegração dos fragmentos dos cuidados à medida em que a pessoa passa em diferentes fases do ciclo de cuidados (Dyrstad et al., 2015).

A revisão da literatura possibilitou identificar a existência de escassos estudos que envolvessem especialistas de reabilitação, salientando que a amostra bibliográfica não contempla nenhum estudo desenvolvido em Portugal. Dos estudos elegíveis, os países que

possuem a referida Especialidade em Enfermagem (como o Canadá, Inglaterra, Estados Unidos da América) trabalham com o princípio de que Enfermagem de Reabilitação é uma filosofia de cuidado, em que a reabilitação se encontra implícita no exercício profissional, não se concretizando como área de conhecimento ou atuação profissional (Schoeller et al., 2018).

Os resultados observam que as estratégias de ação e políticas de saúde são necessárias para incrementar a coordenação e integração vertical dos cuidados da comunidade e hospitalares que continua a revelar-se um desafio persistente com repercussão já demonstrada na tendência para redução do tempo de internamento, acompanhamento domiciliário e, por consequência na redução da taxa de ocupação de camas hospitalares. Garantir esta coordenação entre níveis de cuidados, considerando os riscos em diferentes fases do ciclo, e garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais sustentável (Low et al., 2017; Swason & Moger, 2019).

De acordo com a amostra bibliográfica, não parece existir uma conclusão direta que permita afirmar que a integração do cuidado transicional se traduz na redução das taxas de readmissão ou na taxa de mortalidade. Em contrapartida, a maioria dos estudos demonstra uma repercussão positiva no desenvolvimento de programas de cuidados transicionais, como melhores resultados a nível espiritual e religioso, maior grau de satisfação, maior ganho visível pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo, menor taxa de readmissão e menor recurso ao serviço de urgência (Wong & Yeung, 2015).

Um estudo desenvolvido na Noruega, entre 2009 e 2014, comparou as pessoas em fase pós-aguda por Acidente Vascular Cerebral (AVC) que tiveram acesso a *follow-up* após a alta e um grupo de pessoas que não tiveram acesso a essa estratégia, concluindo-se que não existiu qualquer diferença na readmissão hospitalar (salientando que os motivos de readmissão não se encontravam diretamente relacionadas com AVC), existindo diferença significativa na taxa de mortalidade nas pessoas que tiveram acompanhamento após alta clínica. Tal como o estudo anterior, e apesar dos seus pontos fortes, são apresentadas pelos autores limitações como a incapacidade de aceder a informação sobre os cuidados domiciliários (apenas são categorizados como presença/ausência dessa tipologia de cuidados), incapacidade de determinar os motivos de readmissão (Swanson & Moger, 2019).

Wong e Yeung (2015) desenvolveram um estudo na China que demonstrou a eficácia de um programa de cuidados transicionais de quatro semanas liderado por Enfermeiros. O estudo demonstra existir diferenças significativas na qualidade de vida (nos domínios físico e mental), ainda que apenas o domínio físico tenha demonstrado relação significativa entre tempo e efeito da intervenção. O grupo de pessoas onde foi aplicado o programa de

cuidados transicionais demonstrou melhores resultados a nível espiritual e religioso, maior grau de satisfação, maior ganho visível pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo, menor taxa de readmissão e menor recurso ao serviço de urgência.

O programa de cuidados transicionais envolveu uma avaliação holística pré-alta e planeamento de cuidados de forma estruturada nas quatro semanas pós-alta, incluindo reuniões familiares, visitas domiciliárias, contactos telefónicos, salientando-se a existência de reunião familiar antes da alta clínica, visita domiciliária semanal (sugerindo-se o início de cada semana) e contacto telefónico semanal (sugerindo-se o final da semana). Para tal, preconiza-se a existência de um enfermeiro gestor de cuidados holísticos, com formação e treino (Wong & Yeung, 2015).

Dyrstad et al. (2015), na sua revisão da literatura sugere algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional, e que potenciam a participação da pessoa no seu planeamento de alta e reabilitação, nomeadamente:

- Reuniões familiares (abordado já em categorização anterior);
- Plano de alta (no qual se incluem temas como gestão terapêutica, existência de resposta dos cuidados de saúde primários, capacidade para *follow-up* e educação para sinais e sintomas de alerta que indicam agravamento da situação);
- *Checklist* (com o objetivo de facilitar a transição entre níveis de cuidados, respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e cuidador). A *checklist* deve conter áreas como garantir o transporte seguro do hospital para o domicílio, capacidade económica para aquisição terapêutica, acesso a cuidados de saúde, necessidade de produtos de apoio, existência de uma pessoa de referência próxima com responsabilidade e com capacidade para garantir o cuidado;
- Programa de educação para a saúde (incluindo sinais e sintomas de alerta que possam levar a readmissão hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica);
- Visitas domiciliárias. Frequentemente as pessoas consideram a sua alta precoce e descrevem dificuldade em gerir a sua situação de saúde no regresso a casa; a envolvência da família e cuidadores informais e a inclusão do desejo da pessoa no processo de tomada de decisão demonstram ter resultados na readaptação no regresso a casa, sugerindo por esse motivo um modelo de cuidados definido pela pessoa para a sua tomada de decisão e facilitar a sua participação no dia-a-dia (Dyrstad et al., 2015).

Tal como exposto anteriormente, as equipas multidisciplinares por si só demonstram não ser suficientes. No entanto, estudos apontam que um programa de alta precoce com recursos adequados e coordenados permite às equipas de saúde oferecer um plano de ação eficaz, nomeadamente em situações de pessoa com AVC, sugerindo a sua consideração a Unidades AVC como prestação de cuidados adicional, demonstrando ser

eficaz relativamente ao conjunto de ações padrão em cuidados de unidade desta tipologia (Langhorne & Baylan, 2017).

Segundo os mesmos autores, o benefício dos programas de alta precoce advém de uma equipa multidisciplinar cujo trabalho deve ser coordenado através de reuniões regulares. A composição da equipa multidisciplinar deve contemplar profissionais de várias áreas de intervenção como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, equipa de apoio médico, enfermagem e assistente social. Embora não seja possível encontrar evidência de que a configuração do serviço hospitalar ou da comunidade influencie resultados (exceto o tempo de internamento em que parece não existir diferença significativa com foco na reabilitação na população idosa), todas as equipas relatadas possuem na sua constituição um especialista em AVC ou reabilitação, ou ambos (Langhorne & Baylan, 2017; Sahota et al., 2017).

No que concerne ao acompanhamento no domicílio, o benefício parece ser variável segundo a complexidade da situação de saúde da pessoa – o *follow-up* num período de sete dias foi associado a uma redução substancial do risco de readmissão em pessoas com elevada complexidade clínica e que corresponderia a uma maior probabilidade desse acontecimento. Em situações em que se preveja que o risco de readmissão seja superior a 20%, os estudos revelam que pode ser evitada uma readmissão em cada cinco pessoas a quem tenha sido realizado *follow-up* num período de catorze dias. Ainda assim, importa refletir que o estudo demonstra limitações como não contextualizar preditores de readmissões como o estado funcional, literacia em saúde, contexto social e suporte familiar e/ou de cuidador (Jackson et al., 2015).

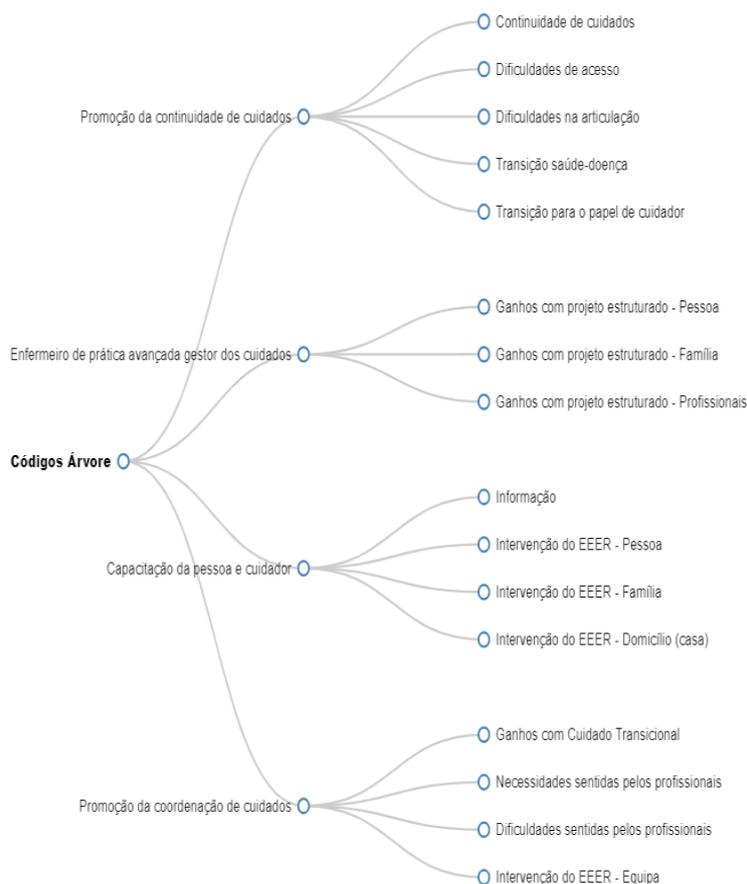
Um estudo conduzido entre 2015 e 2016, no Canadá, demonstra que não existiu diferença significativa em pessoas, com Enfarte Agudo do Miocárdio, incluídas num programa de cuidado transicional relativamente aos cuidados habituais, no que diz respeito à taxa de readmissão, recurso ao serviço de urgência ou morte após três meses de alta clínica. No entanto, é possível identificar diversas limitações ao estudo, identificadas pelos autores, nomeadamente incluir apenas hospitais de zona urbana com um único sistema de saúde, não monitorizar a utilização de recursos da comunidade durante a permanência do domicílio e não monitorizar a adesão da pessoa ao planeamento de alta (Van Spall et al., 2019).

4.2. Resultados do *Focus Group*

O presente estudo foi desenvolvido através da participação de seis EEER, com idades compreendidas entre os 40 e os 53 anos de idade (representando uma média de idades de 46,5 anos), sendo maioritariamente do sexo feminino (83,3%). Todos os participantes apresentavam um tempo de experiência profissional superior a 10 anos, enquanto Enfermeiro, sendo que apenas dois participantes não possuíam esse tempo de experiência como EEER. Um participante referiu desempenhar funções como EEER entre 1 a 2 anos e outro entre 2 a 6 anos. Através da aplicação do questionário para caracterização demográfica foi ainda possível obter a informação de que três dos participantes exercem funções na unidade hospitalar e três em unidades de Cuidados da Comunidade integrada na área geográfica abrangida pela unidade hospitalar.

No que concerne ao *Focus Group*, a análise foi conduzida por meio da construção de categorias de análise *a posteriori* valorizando e interpretando a informação partilhada pelos participantes. Na figura 2 apresenta-se a 'árvore de codificação' extraída do software que observa as categorias e subcategorias.

Figura 2. Árvore de Codificação extraída do software de análise.



Fonte: WebQDA®

Desta análise exploratória, emergiram 4 categorias e 16 subcategorias, sendo as primeiras: Promoção da continuidade de cuidados (Unidades de Registo (UR) = 93); Enfermeiro de prática avançada como gestor dos cuidados (UR = 41); Capacitação da pessoa e cuidador (UR = 34); Promoção da coordenação de cuidados (UR = 96) (Tabela 3).

Tabela 4. Corpus da análise de conteúdo ao *Focus Group*, Lisboa, 2021.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Promoção da continuidade de cuidados	Continuidade de Cuidados	38
	Dificuldades de Acesso	13
	Dificuldades na Articulação	31
	Transição saúde-doença	2
	Transição para o papel de cuidador	9
	Subtotal:	93
Enfermeiro de prática avançada como gestor dos cuidados	Ganhos com projeto estruturado - Pessoa	22
	Ganhos com projeto estruturado – Família	4
	Ganhos com projeto estruturado - Profissionais	15
	Subtotal:	41
Capacitação da pessoa e cuidador	Informação	6
	Intervenção do EEER - Pessoa	16
	Intervenção do EEER - Família	11
	Intervenção do EEER – Domicílio (casa)	1
Subtotal:	34	
Promoção da coordenação de cuidados	Ganhos com Cuidado Transicional	5
	Necessidades sentidas pelos profissionais	59
	Dificuldades sentidas pelos profissionais	30
	Intervenção EEER – Equipa	2
Subtotal:	96	
Total	264	

A categoria que apresenta maior expressividade na análise de conteúdo é a Promoção da coordenação de cuidados, com 96 unidades de registo.

A coordenação de cuidados deve envolver a integração das intervenções entre os níveis de cuidados, de acordo com ferramentas que visem a otimização do planeamento de cuidados, nomeadamente a transmissão de informação e monitorização das necessidades e atual plano de cuidados.

Através da análise de conteúdo é possível constatar que os EEER valorizam a otimização da prestação de cuidados com vista à maximização da qualidade dos cuidados prestados, acreditando que os momentos de recurso aos serviços de saúde podem ainda ser vivenciados de forma mais agradável, diminuindo os reinternamentos e minimizando a tensão vivenciada atualmente.

Os ganhos com o cuidado transicional são, por isso, claros para os EEER:

“... criando as condições base, lutando muito para isto, conseguiríamos que a transição segura tivesse um papel fundamental dos cuidados prestados ao doente. A qualquer um deles.” (P6);

“Se assim fosse nós evitaríamos certamente muitos reinternamentos” (P4);

“Seria um ciclo muito mais agradável do que aquele que vivemos hoje em dia ainda” (P4).

Não obstante, os participantes manifestam a intenção de intervir junto das equipas para garantir a coordenação de cuidados e o conhecimento da realidade da prestação de cuidados de cada contexto, assumindo dessa forma um papel de liderança.

“... devíamos ter todos a noção do que é que isto daí, e vocês o que é que existe [d]aqui, é mais uma aproximação. Já tínhamos falado, aqui há uns anos, sobre as reuniões periódicas, reuniões informais.” (P4);

“Mas fazíamos formação sobre posicionamentos, transferências... Nós fazíamos para os outros enfermeiros” (P3).

Por outro lado, os EEER identificam dificuldades e necessidades na implementação dos seus programas de reabilitação. É relatado por vários participantes a identificação crescente de pessoas em situação oncológica, paliativa, ou com patologia do foro mental que carecem de intervenção do EEER, sendo difícil dar resposta a essas solicitudes concomitantemente pela assimetria de recursos disponíveis.

“Em *n* funções, pronto... Quer seja onde esteja, tem *n* funções, e vai dando ali uma achega, aqui ali e acolá, para tentar salvaguardar tudo, mas não chega.” (P4);

“E não temos possibilidades de alocar recursos, não temos meios para fazer face às solicitudes” (P2);

“Nada, nada, pelo contrário, nós é que nós temos que ajustar quando deveriam ser elas próprias [aplicações informáticas] a responder às nossas necessidades.” (P4).

Manifestam, ainda, que não lhes é possível prestar cuidados exclusivamente especializados em reabilitação, acumulando intervenções que poderiam ser desenvolvidas por enfermeiros de cuidados gerais, existindo no entanto, por parte do contexto, necessidade de rentabilizar as visitas domiciliárias.

“O enfermeiro de Reabilitação está tripartido em mais não sei quantos...” (P1);

“Eu, a mim fazia muito sentido partilhar cuidados, ir ao centro de saúde e perceber o que é que existe naquele centro de saúde, e vice-versa. Para as pessoas conhecerem melhor a forma de trabalhar” (P5);

“Haver uma equipa maior, com mais recursos e que permitisse que todas as pessoas quando regressam ao domicílio tivessem este acompanhamento diariamente, que era ideal.” (P4);

“No mundo ideal existia[m] Enfermeiros suficientes para podermo-nos mobilizar. Então, eles teriam que ter funções muito definidas dentro das equipas multidisciplinares e trabalhar com a assistente social, com nutricionista, com o psicólogo, com o.. sei lá, com o fisiatra, para fazer uma referênciação para a Rede [Rede Nacional de Cuidados]” (P5).

Ainda que sejam claros para os participantes os benefícios decorrentes do Cuidado Transicional e da evidência do papel de líder destes profissionais nos projetos, referem como oportunidade de melhoria o desenvolvimento de linhas orientadoras de referênciação da pessoa para a comunidade, a comunicação entre profissionais (método e linguagem) e a formação de pares, garantindo por exemplo a identificação de necessidade de visita por parte do EEER ou até na continuidade dos programas de ensino e treino com a pessoa e família.

Comparativamente com os resultados obtidos através da análise da amostra bibliográfica, os profissionais de saúde apesar de reconhecerem o sucesso do cuidado transicional dependente da reintegração dos fragmentos de cuidados, não identificaram as suas oportunidades de melhoria de forma explícita, salientado exclusivamente as barreiras à integração e coordenação dos cuidados (por exemplo, a falta de tempo disponível da equipa para esse investimento).

A categoria Promoção da continuidade dos cuidados emerge com 93 Unidades de Registo, contemplando as subcategorias Continuidade de Cuidados, Dificuldades de acesso, Dificuldades na articulação, Transição Saúde-doença e Transição para o papel de cuidador.

A Promoção da continuidade de cuidados deve compreender ações que visem, no seu global, a melhoria dos cuidados de saúde prestados e satisfação da pessoa/família, minimizando a fragmentação de cuidados, evitando reinternamentos e consequentemente contribuindo para um sistema de saúde mais sustentável.

Neste âmbito, os EEER sentem que todos as pessoas beneficiariam de cuidados de reabilitação, incluindo as pessoas dependentes com reduzido potencial de recuperação e que beneficiariam das mobilizações passivas para o seu conforto e segurança. Os participantes reconhecem que o EEER será permanentemente uma mais-valia no processo da continuidade de cuidados, nomeadamente na continuidade da informação.

“... mesmo numa pessoa completamente dependente e que tem vindas à Urgência por emagrecimento extremo, por mau estado geral, por aparecimento [de] zonas de pressão, ele até pode ser muito dependente na sua escala de Barthel, mas se calhar se for numa situação como é a que estou a descrever, faz todo o sentido ser um enfermeiro de Reabilitação a ir lá a casa” (P5);

“Um utente com múltiplas idas ao serviço de Urgência, com um cuidador identificado, é necessária uma pessoa com qualidade, qualificação suficiente para intervir no processo de gestão daqueles cuidados que estão a ser implementados, porque se a pessoa está a ir várias vezes ao serviço de Urgência, há ali um plano que tem de ser estipulado e corrigido aquilo que está a ser feito de forma errada. Na minha opinião é um Enfermeiro de Reabilitação que tem capacidade humana, técnica, seja aquilo que for para definir e para ver aquilo que está ali mal estratificado naquele momento, no doente em si” (P6);

“Nós temos que assegurar que existe sempre uma transição segura daquele utente, independentemente para onde é que ele vai, porque tem que haver continuidade de cuidados” (P5);

“Por isso mesmo é que eu acho que o Enfermeiro de Reabilitação que está mais que apto para identificar aquele problema, e identificar a solução para aquele problema, é uma mais-valia” (P6);

“Teria que ser a avaliação que é feita na admissão do doente, a avaliação feita no momento da alta, os ganhos adquiridos durante o internamento, ou não, e o plano, qual foi o plano que se instituiu aquele doente, a identificação, quem foi o cuidador identificado e a quem foi feito os ensinamentos, ou não, podia ter sido só ao utente” (P5).

A intervenção do EEER, para os participantes, demonstra-se simultaneamente relevante na facilitação no processo de transição de saúde doença e, simultaneamente, na transição para o papel de cuidador. Se por um lado existe a necessidade de readaptação da própria pessoa ao evento de saúde e à sua incapacidade, por outro lado a família vivencia frequentemente momentos de tensão e ansiedade associado ao momento de transição:

“...ter que recomeçar uma vida com o problema que têm naquele momento, não é? E com as dificuldades que vão encontrar “ (P3);

“O que eu acredito é que, geralmente estas são pessoas mais velhas que têm um parceiro, ou uma parceira, também da mesma idade e que aí em vez de vir um velhote ou a velhota, vem um filho ou a nora, porque só eles se conseguem deslocar, e é sobre esses que se fazem os ensinamentos, são esses que no fundo são alvo nos cuidados, obviamente um utente quando regressa ao domicílio, quem está lá é o esposo ou esposa que tem a mesma idade” (P4).

Ainda assim, revelam a existência de dificuldade de acesso aos cuidados (UR = 13) transicionais associada a dificuldade na articulação (UR = 31).

“Às vezes tínhamos alguns utentes que estavam perdidos“ (P1);

“...não tínhamos informação sobre o que é que tinha acontecido, se tinham estado ou não no hospital, e qual era o diagnóstico, e qual era a brevidade com que tínhamos que fazer visita domiciliária“ (P1);

“E vocês não têm informação nenhuma, em termos hospitalares, que aquele utente já é seguido por nós, aquele cuidador já seguido por nós há muito tempo.” (P1);

“...ele chega a um sítio e começamos do zero, começamos a fazer as mesmas perguntas e ensinar as mesmas coisas, e de forma se calhar diferente. Não faz sentido nenhum, não é?“ (P5).

Os participantes reconhecem dificuldade de acesso e articulação, defendendo que o EEER deverá assumir a liderança no processo organizativo da continuidade cuidados ainda que careça de homogeneidade de procedimentos.

Na análise dos dados obtidos através da revisão integrativa da literatura, as temáticas associadas a transição dos cuidados prenderam-se com a perspetiva da própria pessoa e da família relativamente a essa experiência, nomeadamente desejos, objetivos e sentimentos associados. Através do *Focus Group* é possível interpretar a compreensão sobre o processo de transição saúde-doença, a necessidade de adaptação ao presente, no entanto não foram contemplados pelos participantes a integração dos desejos e objetivos dos próprios no processo de reabilitação.

A categoria Enfermeiro de prática avançada como gestor dos cuidados (UR = 41) emergiu das subcategorias relativas aos ganhos associados à implementação de projetos estruturados.

A Enfermagem Avançada e especificamente os Enfermeiros de Prática Avançada têm sido temas cada vez mais explorados em investigação, nomeadamente no contributo destes profissionais detentores de um perfil característico, de conhecimentos especializados,

capacidade de tomada de decisão complexa, habilidades e competências para a prática, cujas características se devem adaptar ao contexto onde está inserido.

Os EEER reconhecem ganhos associados à pessoa alvo de cuidados:

“Da transição segura, quando vamos, a maior parte deles já vem num processo muito melhor em termos de autonomia.” (P1);

“E esta transição verifica-se, e é espelhada em ganhos na saúde dos utentes, dos doentes que vão ao serviço de urgência, nomeadamente naqueles utentes crónicos em que tinham um certo número de episódios de urgência já elevado, e que a comunidade está a absorvê-los depois da nossa referenciação e estão a fazer um trabalho excelente com eles.” (P6);

“Há uma coisa certa, que é: o utente sai e é logo acompanhado pela comunidade” (P3);

Simultaneamente, são identificados pelos participantes ganhos associados à Família:

“É uma mais-valia também, só para complementar um bocadinho, as famílias verbalizam” (P2);

“...diminuir aqui a ansiedade do cuidador”(P1);

“...mesmo para os próprios familiares, responsabiliza os familiares e vocês ajudam-nos de uma forma completamente diferente daquilo que faziam até então” (P6) .

Reconhecem ainda ganhos associados aos profissionais

“...também quando nós entramos na casa deles... dá outra achega, outra lente, digamos assim, porque mantém-se um fio condutor” (P2);

“...o sucesso é da articulação entre todos e tem resultado muito bem” (P1).

Da análise de conteúdo da presente categoria, é possível concluir que os EEER partilham uma visão sobre a sua prática avançada e especializada, nomeadamente o seu contributo para a melhoria da qualidade e do acesso aos cuidados, acarretando benefícios para a pessoa alvo de cuidados, a família e os profissionais envolvidos.

Tal como já anteriormente mencionado, não obstante o reconhecimento dos profissionais relativamente à integração e coordenação dos cuidados, a amostra bibliográfica analisada na revisão integrativa da literatura demonstra que a experiência da própria pessoa se traduz num papel não inclusivo quer na tomada de decisão quer no planeamento de alta hospitalar, associando-se a experiência da família que menciona distanciamento dos profissionais durante o internamento com conseqüente menor confiança no processo de reabilitação.

Em perspetiva semelhante, emerge a categoria Capacitação da pessoa e cuidador (UR = 34). Neste âmbito, e de acordo com as competências específicas dos EEER, é de extrema importância a intervenção precoce do EEER na preparação da alta, com a

capacitação da pessoa dependente promovendo a sua readaptação funcional e intervindo também junto do seu cuidador

Em primeira instância os EEER abordam a transmissão da informação à pessoa e cuidador, salientando a idêntica importância do processo de treino e aprendizagem e da sua linguagem transversal, quer em contexto hospitalar quer em contexto domiciliário:

“Apesar de acreditar que todos os ensinamentos que são feitos intrahospitalar são, com toda a certeza, muito bem realizados, mas a nossa realidade quando chegamos no primeiro dia à família, eles não sabem nada e estão completamente perdidos” (P3);

“Cada vez mais eu encontro, quando chego a primeira vez, que os exercícios dos ensinamentos são realmente bem realizados porque eles todos sabem como é que fazem mobilização de mão e do cotovelo, portanto os ensinamentos são realizados” (P3);

“Aliás quando os colegas da comunidade chegarem e abordarem esta pessoa, já sabem aquilo que nós fizemos e conseguem ter aqui um fio condutor para continuarmos a trabalhar naquela pessoa e termos resultados positivos” (P6).

No que diz respeito à intervenção do EEER na pessoa na comunidade após alta hospitalar, esta inicia-se após a referência ainda no contexto hospitalar (via email ou via telefónica) com o objetivo de dar continuidade ao plano de cuidados já estabelecido, reforçando algumas informações que se consideram fundamentais.

“Sempre que vem algum utente (...) e que na carta de alta ou no email seja já referenciado para Enfermeiro de Reabilitação, tentamos que seja sempre [o EEER] a fazer a primeira avaliação” (P3);

“É o Enfermeiro de Reabilitação que faz tudo. E encaminha, e fala em equipa multidisciplinar, se é mesmo necessário integrar em ECCI e depois fazer a referência para as outras tipologias.” (P3);

“...dependência nos autocuidados, a dependência na mobilização, o risco de úlcera de pressão, o risco de queda, a necessidade de reabilitação respiratória, são tudo critérios que temos que todos falar a mesma linguagem, nós hospital para comunidade e vice-versa, não é? E vice-versa, caso isso aconteça, se já vier com essa identificação e com essa referência, a identificação dessas necessidades da pessoa.” (P5).

No que concerne à família, que assume o papel cuidador informal, surge como parceira nos cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto domiciliário, carecendo igualmente de intervenções do EEER.

“... cabe ao Enfermeiro de Reabilitação avaliar a situação e depois, a partir daí, conseguir estabelecer um plano junto com o cuidador de forma que traga benefícios para esse doente” (P6);

“Depois desta identificação do cuidador, terá que se ensinar, instruir e treinar a pessoa nas necessidades que foram identificadas para otimizar o potencial daquela pessoa, tanto a pessoa como o cuidador” (P5);

“... identificação até das necessidades do cuidador, porque existem necessidades próprias do cuidador” (P5);

“... a própria identificação correta do cuidador, porque aqui já foi referido que muitas das vezes quem está presente não é quem vai receber” (P4).

É ainda salientado por um dos participantes a eventual necessidade de intervenção no contexto habitacional para que possam ser garantidos os cuidados transicionais, nomeadamente:

“A avaliação das barreiras arquitetónicas, por parte daqui já do colega que está na comunidade, pode também ser uma coisa que seja importante para existir esta continuidade para a comunidade” (P5).

A suscetibilidade e vulnerabilização da pessoa e família em situação transicional são fenómenos do ciclo de vida influenciados por diversos fatores, variáveis, e que podem assegurar a adesão ao programa de reabilitação. O EEER assume um papel fundamental na capacitação da pessoa e cuidador, numa intervenção individualizada e objetiva, mobilizando instrumentos que permitam identificar resultados e traduzir os ganhos em saúde.

Em suma, os cuidados transicionais de enfermagem e reabilitação podem promover ganhos na funcionalidade da pessoa com dependência e suportar o cuidador informal para a continuidade de cuidados que inclua as intervenções específicas de reabilitação.

4.3. Discussão

Os resultados obtidos, quer através da revisão integrativa da literatura quer através do *Focus Group*, permitem afirmar que apesar de existir transição entre níveis de cuidados, os cuidados transicionais de reabilitação nem sempre existem. Tal facto acarreta um risco acrescido de cuidados fragmentados e a ausência de continuidade de cuidados aumenta o risco de eventos adversos e complicações no período após alta, contribuindo para readmissões hospitalares, perda de qualidade de vida e aumento das co-morbilidades.

Em relação ao risco de readmissão as causas são variáveis, sendo um dos componentes mais importantes a avaliação dos recursos da comunidade com adequada resposta às necessidades da pessoa. Uma pesquisa realizada em França estima que, para pessoas com 75 anos ou mais, a taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias seja de 14%, podendo um quarto ser evitável (Dyrstad et al., 2015; Sahota et al., 2017; Occelli et al., 2016).

Estes resultados apontam para a necessidade de cuidados transicionais que proporcionem um impacto positivo na promoção da independência para o autocuidado e na funcionalidade para evitar complicações no pós-alta hospitalar (Ferreira et al., 2020), o que é corroborado tanto pelos resultados da revisão integrativa da literatura como os do *Focus Group*.

Diversos estudos referem que, embora exista intenção em estar envolvida na transição de cuidados, existe uma baixa participação da pessoa no planeamento da alta e tomada de decisão, salientando que não receberam informações úteis (Dyrstad et al., 2015; Paniagua et al., 2018; Ferreira et al., 2020).

Apesar de ser claro na revisão integrativa da literatura que a pessoa identifica como fundamental a recuperação da sua autonomia, aprendizagem sobre o autocuidado, a relação com cuidadores e profissionais e o envolvimento na transição de cuidado (e respetivo planeamento), os EEER incluídos no *Focus Group* reconhecem que o conhecimento da realidade da prestação de cuidados de cada contexto seria um aspeto facilitador para a preparação do regresso a casa.

Dominando a necessidade e o contributo dos cuidados transicionais, importa explorar a experiência na transição de cuidados. Num estudo desenvolvido na Austrália é possível destacar seis temas identificativos desta experiência, nomeadamente: a necessidade da própria pessoa em tornar-se independente, aprender sobre o autocuidado, a relação de apoio com os cuidadores, a relação com os profissionais, a procura de informações, a discussão e negociação do plano de cuidados transicionais (Allen et al., 2017).

Apesar de ser uma das práticas prioritárias definida pela OMS desde 2018, os estudos sobre a eficácia dos programas de cuidados transicionais relatam resultados inconsistentes, em parte resultante das diferenças no serviço de cada país e nas características da população mundial. Não obstante, escassos estudos avaliaram os fatores que afetam o

sucesso da implementação dos cuidados transicionais, podendo nos estudos existentes ter inflacionado a seleção criteriosa de pessoas que poderiam beneficiar deste tipo de cuidado e reduzir a sua eficiência e eficácia do cuidado (OMS, 2018).

A continuidade e coordenação dos cuidados têm um extraordinário impacto quando as intervenções são parte integrante de um modelo de cuidados compreensivo definindo o cuidado primário como foco. A evidência sugere que a eficaz gestão da transição hospital-domicílio, para além de outros benefícios, agiliza a recuperação funcional da pessoa, estimada em ganhos funcionais superiores ou iguais a 35% (Mas et al., 2017; OMS, 2018; Cations et al., 2020).

Uma das categorias emergentes da revisão integrativa da literatura refere-se à família envolvida na transição de cuidados, porque o momento da alta hospitalar e regresso ao domicílio é também um desafio para família, pois será o momento em que a gestão do autocuidado será da sua responsabilidade, com necessidade de inúmeras adaptações ao que foram assistindo no contexto hospitalar. O planeamento da alta hospitalar revela-se, por isso, como uma das estratégias de ação para otimizar essa transição, maximizar a adaptação e reduzir o risco de readmissões hospitalares.

Os participantes do *Focus Group* reconhecem esta necessidade e identificam ganhos para a família com a participação com as intervenções do EEER em termos de cuidado transicional, reforçando a ideia de que para a transição de cuidados ser bem-sucedida é necessário o planeamento, a preparação, a educação para a saúde do indivíduo e da sua família desde o momento do seu internamento. Contudo, as mudanças nem sempre são abordadas pelos profissionais de saúde com a devida relevância, o que proporciona, desta forma, uma fragmentação dos cuidados após a alta. Muitas vezes, as orientações para a alta são realizadas de forma automatizada e apressada, apenas fornecidas no momento da alta, sem considerar as condições e necessidades de cada cliente e sua família. Mesmo quando a alta é devidamente preparada e o utente e família se sentem confiantes, podem regressar ao domicílio e ainda assim sentirem dificuldades e incertezas relativamente ao seu tratamento e recuperação (Sousa, 2019).

Os cuidadores familiares e informais referem que a sua preparação provém de experiências anteriores, salientando o distanciamento com os profissionais no período de internamento, traduzindo-se na dificuldade em colocar questões sobre a situação e cuidados a prestar, considerando tardia a realização de ensinamentos e ausência de informação escrita (Hahn-Goldberg et al., 2018).

Estudos demonstram que algumas pessoas/cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais, com conseqüente reflexo na descoordenação dos cuidados, contribuindo para uma confiança menor no processo. Já os profissionais apontam como dificuldades no processo de transição: a falta de tempo da equipa para esse investimento, a

complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta (Allen et al., 2017; Hahn-Goldberg et al., 2018).

A transição para o papel de cuidador informal por si só é complexa e implica um esforço a nível físico, cognitivo e emocional frequentemente associado a alterações da situação laboral, afastamento de redes de suporte e necessidade de gestão de cuidados quer do cuidador quer do seu familiar dependente (Swanson & Moger, 2019).

A produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestados à pessoa idosa observa que este cuidado se revela benéfico para os idosos com condições crónicas e terapêuticas complexas bem como para os seus cuidadores que, tal como acima explicitado, se tornam vulneráveis por múltiplos fatores. Ainda assim, as organizações de saúde mantêm o seu foco nas necessidades das pessoas e não nos seus cuidadores, focando-se os profissionais nas alterações da funcionalidade da pessoa, sendo visto o cuidador como um recurso para os ganhos funcionais e não um foco para a prestação de cuidados (Ferreira et al., 2020).

Outra categoria que encontra pontos convergentes na revisão integrativa da literatura e no *Focus Group* é o papel dos profissionais de saúde, sobre os quais impera o desafio de interação, coordenação e integração entre os prestadores de cuidados em diferentes níveis de cuidados, garantindo o planeamento da alta e um acompanhamento posterior seguros, com envolvimento da pessoa e do seu cuidador, em todas as etapas do cuidado transicional.

A coordenação dos cuidados deve envolver a integração das intervenções e os níveis de cuidados (integração vertical e horizontal), recorrendo a mecanismos e instrumentos específicos para planeamento dos cuidados, incluindo a transmissão de informação, monitorização das necessidades e planos terapêuticos, com a finalidade de otimizar a prestação do cuidado contínuo e integral, no local e tempo oportunos (Almeida et al., 2018).

Neste âmbito, da revisão integrativa da literatura emergiu a identificação de ferramentas e intervenções para o cuidado transicional, nomeadamente: reuniões familiares que fomentem a participação ativa da pessoa; elaboração de um planeamento de alta; existência de *checklist* respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e cuidador, recursos da comunidade disponíveis, necessidade de produtos de apoio, entre outras; definição de um programa de educação para a saúde (incluindo sinais e sintomas de alerta que possam levar a readmissão hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica); visitas domiciliárias que possam incluir o processo de tomada de decisão da pessoa, envolvendo a família e cuidadores, facilitando a participação no seu dia-a-dia (Dyrstad et al., 2015).

Já nos dados obtidos através da realização do *Focus Group*, os EEER condensaram as suas intenções no desenvolvimento de linhas orientadoras de referenciação da pessoa para a comunidade, na uniformização da comunicação entre profissionais (método e

linguagem) e a formação de pares. Referem ainda como proposta de melhoria a uniformização dos sistemas informáticos para que seja possível não só partilhar a informação, bem como monitorizar a evolução no processo de cuidados de acordo com os mesmos indicadores de saúde.

As necessidades em cuidados de saúde evoluíram e, como tal, os cuidados de enfermagem especializados e, especificamente os Enfermeiros de prática avançada surgiram como uma tentativa de adequação de respostas a essas necessidades. Um enfermeiro com formação avançada é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada (Conselho Internacional de Enfermagem, 2020).

A atuação qualificada dos enfermeiros é reconhecida como fundamental para a efetivação de transições seguras, bem como contributo para a visibilidade e valorização da intervenção de enfermagem. No entanto, o desenvolvimento de intervenções inovadoras e baseadas em evidências é necessário de forma a avaliar a qualidade das transições do cuidado para o aperfeiçoamento das práticas, bem como para a avaliação e a gestão dos cuidados a doentes crónicos, por exemplo, após a alta hospitalar (Weber, Lima & Acosta, 2019).

No que diz respeito aos profissionais de saúde envolvidos no processo de transição de cuidados, os mesmos identificaram que o sucesso do cuidado transicional depende da reintegração dos fragmentos dos cuidados à medida em que a pessoa transpõe diferentes níveis de cuidados. No entanto, os profissionais identificam barreiras à integração e coordenação dos cuidados e ao envolvimento da família, tais como a falta de tempo da equipa para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta. Outros autores evidenciam ainda as dificuldades de comunicação e articulação entre níveis de cuidados como um impeditivo para uma resposta integrada às necessidades da população com problemas complexos de saúde-doença (Hahn-Goldberg et al., 2018; Baixinho & Ferreira 2019, 2020).

Destacam-se algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional, que potenciam a participação da pessoa no seu planeamento de alta e reabilitação, nomeadamente: reuniões familiares que incluam a participação da pessoa; elaboração de um planeamento de alta; existência de *checklist* respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e cuidador, recursos da comunidade disponíveis, necessidade de produtos de apoio, entre outras; definição de um programa de educação para a saúde (incluindo sinais e sintomas de alerta que possam levar a readmissão hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica); visitas domiciliárias que possam incluir o processo de tomada de decisão da pessoa, envolvendo a família e cuidadores, facilitando a participação no seu dia-a-dia (Dyrstad et al., 2015).

Os resultados observam que as estratégias de ação e políticas de saúde são necessárias para incrementar a coordenação e integração vertical dos cuidados da comunidade e hospitalares. Tal continua a revelar-se um desafio persistente com repercussão já demonstrada na tendência para redução do tempo de internamento, acompanhamento domiciliário e, por consequência na redução da taxa de ocupação de camas hospitalares. Garantir esta coordenação entre níveis de cuidados, considerando os riscos em diferentes fases do ciclo, e garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais sustentável (Low et al., 2017; Swanson & Moger, 2018).

A revisão da literatura observa a necessidade de estratégias de ação e políticas de saúde, factos que se cruzam no discurso dos participantes do *Focus Group* com a Promoção da continuidade de cuidados, para a qual os participantes reconhecem dificuldade de acesso e articulação defendendo que o EEER deverá assumir a liderança no processo organizativo da continuidade cuidados, ainda que careça de homogeneidade de procedimentos.

A continuidade e a coordenação de cuidados são conceitos amplos, interligados e possivelmente sobrepostos que produzem contribuições significativas na forma como as pessoas experienciam a saúde e o cuidado; intervenções que melhorem a continuidade e a coordenação da assistência irão, inevitavelmente, melhorar a experiência de cuidados de pessoas com patologias crónicas, por exemplo. A continuidade e coordenação são prioridades globais para reorganização de cuidados de saúde direcionadas para as necessidades das pessoas, ao longo do ciclo vital, independentemente do sistema de saúde ou capacidade económica (OMS, 2018).

Especificamente no que diz respeito aos cuidados de reabilitação, e de acordo com o afirmado através da Declaração de Alma Ata, em 1978, os serviços de reabilitação são um componente essencial da atenção primária à saúde com o objetivo de abordar os principais problemas de saúde na comunidade. Acrescenta-se ao enfatizado na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, os serviços abrangentes de reabilitação são necessários para apoiar a participação e inclusão na comunidade e em todos os aspetos de sociedade (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Apesar dos diversos movimentos de reforma dos sistemas de saúde terem acarretado mudanças positivas, persistem lacunas de comunicação que tendem a prejudicar o progresso de todo o sistema em direção a um objetivo comum – prestar cuidados de maior qualidade, com melhores resultados e associado a um custo menor. A ausência de integração dos cuidados e presença de barreiras de comunicação proporcionam, à pessoa vulnerável, demora no acesso aos cuidados de saúde considerados pelos profissionais como necessários. Esta informação é igualmente partilhada pelos participantes do *Focus*

Group quando abordam a existência de dificuldade de acesso aos cuidados transicionais associada a dificuldade na articulação entre os níveis de cuidados, sendo díspar ao defendido pelas políticas de saúde do nosso país.

Em Portugal a atual Lei de Bases da Saúde (adaptada e complementada através da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) destaca o direito à proteção em saúde, salientado que tal facto constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado, compreendendo, ao longo do ciclo vital, o acesso à prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Contempla ainda como direito da pessoa o acesso aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Constitui-se ainda um direito da pessoa, a prestação de informações de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, possibilitando a capacidade de decisão livre e esclarecida, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, bem como a intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, parece existir uma congruência entre as diretrizes prioritárias definidas pela OMS (2018) e as linhas orientadoras portuguesas, ainda que não seja contemplado explicitamente o cuidado transicional em qualquer um dos planos nacionais de saúde.

Em outros países a evidência científica é clara no que diz respeito às intervenções de sucesso e estratégias de implementação para a transição de cuidados, nomeadamente a integração de pessoas com alteração da funcionalidade nos processos políticos com vista a melhorar a capacidade de resposta, eficiência e eficácia e sustentabilidade dos programas, fortalecendo a autodeterminação e satisfação do usuário; colheita de dados estatísticos sobre desenvolvimento de sistemas de informação de saúde, com o objetivo de apoiar um impulso político, a tomada de decisões na reformulação de políticas e alocação equitativa de recursos; coordenação intersectorial na prestação de cuidados de reabilitação; instituir um programa de reabilitação alinhado com programas de saúde já preexistentes, apoiando a sustentabilidade deste. Salienta-se como estratégia de ação, especificamente, o desenvolvimento de programa de cuidados focado na comunidade (cuidados de saúde primários), fomentando a visita domiciliária após alta clínica, e a designação de um enfermeiro gestor de caso, líder do processo (Naylor et al., 2011; McVeigh et al., 2016).

A gestão e liderança de programas de cuidados transicionais deverão, indubitavelmente, ser atribuídos a enfermeiros de prática avançada de enfermagem. O Enfermeiro de prática avançada é muitas das vezes visto como o especialista clínico, com funções que incluem a compreensão e influência nas questões de gestão, desenvolvimento de políticas de ação e liderança clínica. Apesar do núcleo da prática ser baseado em tecnologias avançadas, educação e conhecimento, sendo flexível de acordo com a realidade

de cada país, é clara a distinção entre prática de enfermagem avançada e generalista. Em Portugal, através da consulta das descrições dos domínios da educação, da prática, da pesquisa/investigação, liderança e regulamentação profissional é irrefutável que se assemelha ao definido pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ainda assim, a natureza da prática avançada de enfermagem diz respeito a uma função designada com foco na prestação de cuidados, no âmbito da prevenção e da cura, incluindo cuidados de reabilitação e gestão de doenças crónicas (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Conselho Internacional de Enfermagem, 2020).

Na amostra bibliográfica mobilizada na revisão integrativa da literatura, os países de origem dos estudos elegíveis não contemplam a Enfermagem de Reabilitação como área de conhecimento ou atuação profissional.

No entanto, a Ordem dos Enfermeiros (2019) define que o EEER, através de técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. Depreende-se, desta forma, que os domínios de atuação do EEER, ao focar-se na promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos, se aproximam à imagem do Enfermeiro de Prática Avançada com capacidade para proporcionar cuidados transicionais de qualidade.

A liderança de programas de cuidados transicionais é tal-qualmente a perceção dos EEER que constituíram o *Focus Group.*, que reconhecem o seu contributo para a melhoria da qualidade e do acesso aos cuidados, e nos ganhos associados à pessoa, à família e aos profissionais envolvidos nos projetos já implementados, nomeadamente a autonomia no momento do regresso ao domicílio, a diminuição do recurso ao serviço de urgência, a minimização da ansiedade do cuidador e a articulação entre EEER.

Em suma, é importante ressaltar que, apesar de ser imperativo o acompanhamento das políticas de saúde relativamente às necessidades de cuidados da população portuguesa, não existirá uma abordagem exclusiva, ou única, que solucione a necessária reforma dos sistemas de saúde. Neste sentido, sugere-se que se possam seguir as recomendações gerais pelas organizações mundiais, adotando de forma flexível as práticas que possam aumentar a eficácia dos gastos com saúde e a eficiência dos sistemas de saúde, adaptando ao contexto socio-geopolítico em que nos inserimos.

As limitações do presente estudo são decorrentes essencialmente do próprio método. Relativamente à revisão integrativa da literatura, as limitações prendem-se com o método eleito e com os critérios de elegibilidade dos estudos, pois a aceitação de estudos com metodologias e níveis de evidência diferente não permite extrair o grau de evidência. Por outro lado, a inclusão de estudos apenas em português, espanhol e inglês, bem como de acesso gratuito, poderá ter excluído artigos que ajudariam a responder à questão de

pesquisa. Relativamente ao *Focus Group*, as limitações decorrem igualmente da seleção do método, destacando-se uma amostra representativa reduzida e circunscrita a uma área geográfica.

4.4. Proposta de Plano de Ação

Os estudos desenvolvidos permitiram responder à questão de investigação “Quais as intervenções de reabilitação que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/idosa no regresso a casa após internamento hospitalar?”, possibilitando identificar algumas das necessidades da pessoa, família e profissionais envolvidos. Da mesma forma, permitiu identificar e deliberar estratégias de ação que contribuem para a desfragmentação dos cuidados, quer a nível direto com os profissionais de saúde, quer a nível organizacional na reorientação dos serviços de saúde para as necessidades da pessoa.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tal como até aqui exposto, é o profissional de prática avançada que deve assumir o papel dinamizador no desenvolvimento, implementação e suporte de iniciativas institucionais que visem a melhoria contínua na qualidade (nomeadamente na gestão eficaz da transição hospital-comunidade), superando a fragmentação dos focos de atenção garantindo a continuidade dos cuidados.

Os resultados obtidos através da Revisão Integrativa da Literatura e do *Focus Group* permitem afirmar que as intervenções de cuidado transicional do EEER são complexas, podendo organizar-se por: intervenções à pessoa com vista à capacitação e maximização da funcionalidade; intervenções à família envolvida na transição de cuidados com vista ao ensino e treino; intervenção junto dos pares, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados; programas de melhoria contínua da qualidade.

Os Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, atualizados em 2019, fazem jus à afirmação anterior, já que o Enfermeiro Especialista tem atribuída a relevante responsabilidade na dinamização e desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais e programas de melhoria contínua. Acresce a este domínio o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida do EEER que lhe permite intervir na educação dos clientes e pessoas significativas (ou cuidador), no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida, maximizando a sua funcionalidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, cuja última atualização data do ano de 2011, destaca a satisfação dos clientes, a reeducação funcional, a readaptação funcional e a promoção do

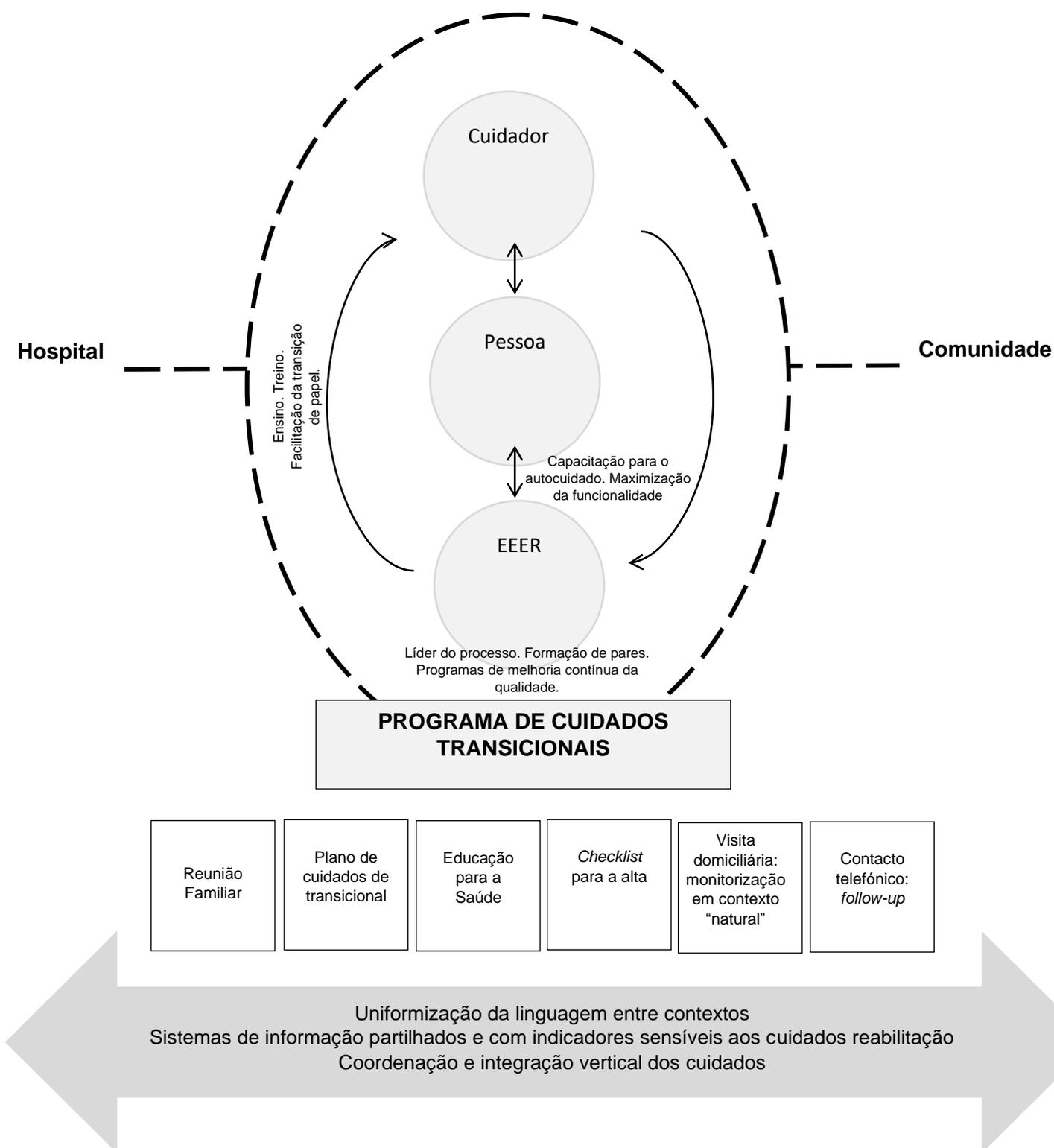
máximo potencial de saúde como enunciados descritivos que se revelam pertinentes no impacto do EEER para os cuidados transicionais, nomeadamente: o planeamento em conjunto com o cliente das estratégias de reabilitação a implementar, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a autonomia, qualidade de vida, reintegração na participação na sociedade maximizando os diferentes recursos da comunidade; o envolvimento do cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio; a cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para a população em geral, e para a população com necessidades especiais; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e que, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados, sejam suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desta forma, respeitando os documentos reguladores da profissão, as práticas prioritárias definidas pela OMS, os componentes do TCM e integrando os resultados dos dois estudos, considera-se que o EEER demonstra competências para garantir a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, maximização do potencial da pessoa e, a nível macro, contribuirá para desenvolvimento de um sistema de saúde mais sustentável, minimizando os internamentos evitáveis, rentabilizando o recurso a unidades de saúde e minimizando os custos associados aos cuidados de saúde.

Para a consecução do objetivo “Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, foi elaborada a proposta de plano de ação como tentativa da reorganização do modelo de cuidados (figura 3).

Na figura estão representados, num percurso entre o Hospital e a Comunidade, e enquanto sistema aberto, os elementos fulcrais no programa de cuidados transicionais: a pessoa como centro da intervenção, o EEER detentor de capacidades e competências de liderança deste processo e o cuidador informal, pela sua participação se demonstrar valorizada neste processo e pela necessidade de apoio na transição para este papel. Todos estes elementos se relacionam entre si de forma recíproca, salientando-se a intervenção do EEER junto da pessoa alvo de cuidados transicionais de reabilitação com o objetivo da capacitação para o autocuidado, maximização da funcionalidade e autonomia; a intervenção do EEER junto do cuidador, como fator facilitador na transição para o papel de cuidador informal e fomentando a sua participação ativa no planeamento da alta incluindo a dotação de conhecimentos e competências para a transição dos cuidados.

Figura 3. Proposta de Plano de Ação



No que diz respeito ao Programa de Cuidados Transicionais, este deve envolver uma avaliação holística pré-alta e um planeamento de cuidados de forma estruturada nas quatro semanas pós-alta. Devem incluir como intervenção clara do EEER os seguintes momentos:

- Reunião familiar – deve ocorrer antes da alta clínica, de forma a permitir a discussão do plano de cuidados com a pessoa e família, valorizando opiniões, desejos/objetivos e gerindo expectativas;
- Plano de cuidados transicionais – deverá iniciar-se durante o internamento hospitalar e deverá constituir-se um plano de cuidados centrado na pessoa e orientado para os seus objetivos e ganhos em saúde, com um total envolvimento da pessoa e cuidador na avaliação e tomada de decisão sobre os cuidados; o EEER deve implementar planos de cuidados especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, e tendo em consideração a informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde decorrentes das alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Educação para a saúde – deverá incluir aspetos como sinais de alerta que podem levar a readmissão, plano de gestão terapêutica e educação sobre o seu uso adequado e indicações para a alta;
- *Checklist* para a alta – de forma esquematizada deverá garantir a execução de aspetos como transporte seguro do hospital para o domicílio, capacidade económica para aquisição terapêutica, acesso a cuidados de saúde, necessidade de produtos de apoio, existência de uma pessoa de referência próxima com responsabilidade e com capacidade para garantir o cuidado, entre outros;
- Visita domiciliária: monitorização em contexto “natural” – com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados, deve privilegiar-se a introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino da funcionalidade; deve fomentar a envolvimento da família/cuidadores informais e a inclusão do desejo da pessoa no processo de tomada de decisão e reintegração na sociedade e exercício de cidadania; sugere-se, pelo menos, uma visita semanal;
- Contacto telefónico: *follow-up* – a frequência desta monitorização deve ser adequada ao risco de readmissão e complexidade clínica, salientando-se que o maior risco se demonstra nos primeiros sete dias; deverá incluir como focos o despiste de complicações decorrentes do evento que motivou o internamento,

monitorização da implementação dos programas concebidos e dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa.

Para que o Programa de Cuidados Transicionais possa fazer jus à coordenação e integração vertical, e de acordo com os estudos desenvolvidos, é indispensável contar-se com tecnologia, através de ferramentas e plataformas, bem como a uniformização da linguagem entre contextos e com indicadores sensíveis aos cuidados de reabilitação.

Neste sentido, propõe-se a integração explícita dos cuidados transicionais de reabilitação como área prioritária de investigação dos EEER, face à carência de estudos que possam espelhar a realidade portuguesa neste âmbito. Apresenta-se ainda como proposta a reformulação do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade da Enfermagem de Reabilitação que, tal como nele afirmado, seria em si mesmo um ponto de partida e não de chegada. Na mesma linha de raciocínio o Core de Indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação parecem atualmente redutores no que diz respeito à intervenção do EEER neste âmbito, nomeadamente por apenas fazer referência aos ganhos com conhecimento/capacidade da pessoa, ganhos conhecimento e satisfação dos prestadores de cuidados nos focos de intervenção, e o número de parcerias/protocolos de cooperação estabelecida com entidades da comunidade requerendo, por exemplo, a monitorização dos ganhos com a parceria estabelecida, da sua eficiência e eficácia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de conhecimento impulsiona o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na sua contínua incorporação, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando simultaneamente em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da área de especialização.

Desde 2016 que a OMS destaca a necessidade de coordenação de cuidados, sendo que em 2018 sugeriu como prática prioritária o desenvolvimento de cuidados transicionais. O impacto deste modelo de cuidados seria muito claro: recorrendo-se de uma enfermagem de prática avançada, seria possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão; os cuidados geridos a partir do domicílio, por exemplo, proporcionariam *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios do que as pessoas que se encontram em internamento hospitalar, reforçando uma redução de custos.

Ainda assim, os estudos sobre o cuidado transicional de reabilitação são escassos. A revisão da literatura demonstrou que a participação da pessoa idosa no cuidado transicional encontra-se frequentemente relacionada com o planeamento da alta e o regresso ao domicílio. Os resultados demonstram que a população mais velha não participa de forma assídua na discussão sobre o seu planeamento da alta, sendo que mesmo que estejam presentes em momentos de reunião/discussão do seu plano de cuidados não é solicitada nem valorizada a sua opinião e desejo/objetivos. Não obstante, os escassos estudos existentes identificam riscos, mas não avaliam a efetividade das intervenções de reabilitação, salientando-se que não foram contemplados estudos desenvolvidos em Portugal. Dos estudos elegíveis, os países que possuem a referida Especialidade em Enfermagem (como o Canadá, Inglaterra e Estados Unidos da América) trabalham com o princípio de que Enfermagem de Reabilitação é uma filosofia de cuidado (em que a reabilitação se encontra implícita no exercício profissional), não se concretizando como área de conhecimento ou atuação profissional.

Com o desenvolvimento do presente estudo foi, ainda, possível identificar algumas estratégias e ferramentas implementadas para apoiar a participação da população idosa no cuidado transicional e minimizar o risco da fragmentação de cuidados. De entre estas, são de salientar os programas liderados por enfermeiros, a realização de reuniões multidisciplinares regulares, a existência de *checklist* de preparação para a alta e monitorização através de *follow-up*. Nesse sentido, e como contributo para a investigação em enfermagem sobre a temática, foi submetido para a Revista Brasileira de Enfermagem uma revisão integrativa da literatura intitulada “Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem” que se encontra representada em anexo.

A suscetibilidade e vulnerabilidade da pessoa e família em situação transicional são fenómenos do ciclo de vida influenciados por diversos fatores, variáveis, e que podem assegurar a adesão ao programa de reabilitação. Através da realização do *Focus Group*, integrando colegas do contexto hospitalar e da comunidade, foi possível aferir que o EEER assume e reconhece o seu papel fundamental na capacitação da pessoa e cuidador, numa intervenção individualizada e objetiva, mobilizando instrumentos que permitam identificar resultados e traduzir os ganhos em saúde. Reconhecem, ainda, a sua capacidade e mais-valia na liderança dos programas de cuidados transicionais face às suas competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, reconhecendo que os cuidados transicionais de enfermagem e reabilitação podem promover ganhos na funcionalidade da pessoa com dependência e suportar o cuidador informal para a continuidade de cuidados que inclua as intervenções específicas de reabilitação

A um nível macro, ainda que o sistema de saúde tenha tentado acompanhar a evolução das necessidades da população portuguesa, existem ainda ineficiências e lacunas na transição de cuidados, frequentemente associadas a comunicação, articulação e acesso aos cuidados, prejudicando o objetivo geral de um sistema de saúde: promover cuidados de saúde de maior qualidade, com melhores resultados de saúde e associado a um menor custo. Ainda assim, a ausência de formalização do processo de transição de cuidados é uma realidade, carente de políticas nacionais explícitas.

A coordenação e integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares revela-se um desafio persistente, demonstrando tendência para reduzir o tempo de internamento, acompanhamento domiciliário e, por consequência, a taxa de ocupação de camas hospitalares. Equipas multidisciplinares por si só demonstram não ser suficientes. É necessário garantir formação, acompanhamento e coordenação entre níveis de cuidados.

Conclui-se que garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável, incrementar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos profissionais e clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R., & Livingston, P. (2017). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations*. 21:518–527. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12646>.
- Almeida, P., Medina, M., Fausto, M., Giovanella, L., Bousquat, A., & Magalhães de Mendonça, M. (2018). Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 42(1): 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
- Associação Médica Mundial (2013). Declaração de Helsinque: Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. Fortaleza, Brasil.
- Baixinho, CL., & Ferreira, Ó. (2019). From the hospital to the community: the (un)safe transition. *Revista baiana enfermagem*. 33:e35797. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Baixinho, CL. & Ferreira, Ó. (2020). Defragment or integrate care? A challenge for the international year of the nurse. *Revista baiana enfermagem*. 34:e35856. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
- Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70.
- Cations, M., Lang, C., Crotty, M., Wesselingh, S., Whitehead, C., & Inacio, M. C. (2020). Factors associated with success in transition care services among older people in Australia. *BMC geriatrics*, 20(1), 496. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01914-z>
- Chase, J. D., Russell, D., Rice, M., Abbott, C., Bowles, K. H., & Mehr, D. R. (2019). Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care. *Research in gerontological nursing*, 12(4), 174–183. <https://doi.org/10.3928/19404921-20190319-01>
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (2020). Assembleia Geral das Nações Unidas. Acedido em 15/06/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.aspx>

Diário da República n.º 218/1997 (1997). Procede à alteração da Lei Constitucional nº 1/89. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 218 de 05-10-1997). Acedido em 15/06/2021. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacaoconsolidada/lc/337/201903120346/73938588/element/diploma/3>

Diário da República n.º 169/2019. (2019). Lei Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Acedido em 27/04/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>

Dyrstad, D., Testad, I., & Storm, M. (2014). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition Technology & Work*, 17, 15–34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>

Hahn-Goldberg S., Jeffs L., Troup, A., Kubba, R., & Okrainec, K. (2018). "We are doing it together": The integral role of caregivers in a patients' transition home from the medicine unit. *PLoS One*, 24;13(5):e0197831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197831>.

Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of care: The Transitional Care Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>

International Council of Nurses. (2020). Guidelines On Advanced Practice Nursing. Suíça.

Ferreira B., Gomes T., Baixinho C.L., & Ferreira O. (2020). Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 73(Suppl 3):e20200394. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Indicadores fundamentais de saúde apontam para melhoria nos anos recentes, embora alguns mantenham níveis inferiores aos médios da União Europeia. Portugal

Jackson, C., Shahsahebi, M., Wedlake, T., & DuBard, C. (2015). Timeliness of Outpatient Follow-up: An Evidence-Based Approach for Planning After Hospital Discharge. *Annals of family medicine*, 13:115-22. <https://doi.org/10.1370/afm.1753>.

Klagge, J. (2018). Guideline for Conducting Focus Group. DOI: 10.13140/RG.2.2.33817.47201

Langhorne P. & Baylan, S. (2017). Early Supported Discharge Trialists. Early supported discharge services for people with acute stroke. 7(7):CD000443. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000443.pub4>.

- Laura and John Arnold Foundation. (2017). Evidence summary for the Transitional Care Model. Acedido em 15/06/2021. Disponível em: <https://evidencebasedprograms.org/document/the-transitional-care-model-evidence-summary/>
- Lei constitucional nº 1/97 de 20 de setembro. Diário da República: I-A série, n.º 218(1997). Acedido a 23 de maio 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/leiconst/1/1997/09/20/p/dre/pt/html>
- Low, L., Tan, S., Ng, M., Tay, W., Ng, L., Balasubramaniam, K., T, R., & Lee, K. (2017). Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PloS one*. 12. e0168757. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168757>.
- Mas, M., Inzitari, M., Sabaté, S., Santaèugènia, S., & Miralles, R. (2017). Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care. *Age Ageing*. 46(6):925-931. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afx099>.
- McVeigh, J., MacLachlan, M., Gilmore, B., McClean, C., Eide, A. H., Mannan, H., Geiser, P., Duttine, A., Mji, G., McAuliffe, E., Sprunt, B., Amin, M., & Normand, C. (2016). Promoting good policy for leadership and governance of health related rehabilitation: a realist synthesis. *Globalization and health*, 12(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0182-8>
- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Baño-Aledo, M., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., Collins, S. (2011). Continuity of Rehabilitation Services in Post-Acute Care From the Ambulatory Outpatients' Perspective: a qualitative study. *Foundation of rehabilitation Information*. 43: 58-64. <https://doi.org/10.2340/16501977-0638>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Revista Enfermagem Referência*. 4(2):143-51. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):841-853. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*;17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- Menoita, E. (2014). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência
- Menezes, T., Oliveira, A., Santos, L., Freitas, R., Pedreira, L., Veras, S. (2018) Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2):294-301. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0286
- Moore, T., McKee, K., & McLoughlin, P. (2015). Online focus groups and qualitative research in the social sciences: their merits and limitations in a study of housing and youth. *People, Place and Policy*. 9(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.3351/ppp.0009.0001.0002>
- Murtaugh, C. M., Deb, P., Zhu, C., Peng, T. R., Barrón, Y., Shah, S., Moore, S. M., Bowles, K. H., Kalman, J., Feldman, P. H., & Siu, A. L. (2017). Reducing Readmissions among Heart Failure Patients Discharged to Home Health Care: Effectiveness of Early and Intensive Nursing Services and Early Physician Follow-Up. *Health services research*, 52(4), 1445–1472. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12537>
- Naylor M. D. (1990). Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. *Nursing research*, 39(3), 156–161.
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health affairs (Project Hope)*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
- Nelson, J. and Pulley, A. (2015) Transitional Care Can Reduce Hospital Readmissions. *American Nurse Today*, 10(4).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019). Relatório Primavera 2019. Portugal.
- Occelli, P., Touzet, S., Rabilloud, M., Ganne, C., Poupon Bourdy, S., Galamand, B., Debray, M., Dartiguepeyrou, A., Chuzeville, M., Comte, B., Turkie, B., Tardy, M., Luiggi, J. S., Jacquet-Francillon, T., Gilbert, T., & Bonnefoy, M. (2016). 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 geriatrics*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0233-2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade da Enfermagem de Reabilitação. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Portugal.

- Organização Mundial de Saúde (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva.
- Paniagua, D.V., Ribeiro, M.P.H., Correia, A.M., Cunha, C.R.F., Baixinho, C.L., & Ferreira, O. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 71(5):2264-71. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
- Pindus, D., Mullis, R., Lim, L., Wellwood, I., Rundell, A., Aziz, N., & Mant, J. (2018) Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – A systematic review and meta-ethnography. *PLoS ONE*.13(2):e0192533. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: II série, n.º 26 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal.
- Regulamento n.º 85/2019 de 3 de maio. Diário da República, II série, nº85 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Portugal.
- Sahota, O., Pulikottil-Jacob, R., Marshall, F., Montgomery, A., Tan, W., Sach, T., Logan, P., Kendrick, D., Watson, A., Walker, M., & Waring, J. (2017). The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency, *Age and Ageing*, 46(1), 26–32. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw149>
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M., & Gomes, B. (2018). Breve panorama mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6-12.
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190.
- Sousa, M., Cabrita, R., Mamadhussen, S., Ferrito, C., & Figueiredo, A. (2019). Intervenções de enfermagem na transição de cuidados em adultos com acidente vascular cerebral: uma scoping review. *Cadernos De Saúde*, 11(2), 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7266>
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Swanson, J., & Moger, T. (2019). Comparisons of readmissions and mortality based on post-discharge ambulatory follow-up services received by stroke patients discharged

home: a register-based study. *BMC Health Service Research* 19, 4(2019).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3809-z>

Van Spall, H., Lee, S., Xie, F., Oz, U., Perez, R., Mitoff, P., Maingi, M., Tjandrawidjaja M., Heffernan, M., Zia, M., Porepa, L., Panju, M., Thabane, L., Graham, I., Haynes, R., Haughton, D., Simek, K., Ko, D., & Connolly, S., (2019) Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 321(8):753-761.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.0710>.

Weber, L., Lima, M., & Acosta, A. (2019). Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan*. 2019;19(4): e1945.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>

Wong, F. & Yeung, S. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 23(6):619-31. <https://doi.org/10.1111/hsc.12177>.

ANEXOS

Anexo I – Autorização do Conselho de Administração para realização do estudo

O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa no regresso a casa: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Protocolo do estudo

A continuidade de cuidados compreende um conjunto de dimensões conducentes à melhoria dos cuidados de saúde prestados a população e conseqüente satisfação destes com os cuidados recebidos. Cada dimensão de continuidade na prestação de cuidados (continuidade da relação, da informação, da gestão, continuidade longitudinal ou flexível) refere-se a um importante corpo de conhecimento sobre a organização e a prestação dos cuidados de saúde, motivo pelo qual se torna interessante estudar as diferentes perspetivas de intervenientes neste processo transicional.

O Projeto Transição Segura envolve, desde 2014, um trabalho em parceria entre o Hospital Vila Franca de Xira (HFX), a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo (ACESET). O projeto encontra-se alicerçado num processo simultâneo de resolução de problemas, formação, investigação e ação, cuja finalidade é a Translação de Conhecimento para a resolução de problemas identificados em diversos serviços de internamento hospitalar, otimizando o conhecimento e capacitando as pessoas e cuidadores/pessoas de referência no processo de transição do hospital para a comunidade e, desta forma, reduzindo a demora média de internamento, favorecendo circuitos de comunicação que promovam a continuidade dos cuidados em diferentes níveis de cuidados, diminuindo os reinternamentos após a alta hospitalar, promovendo a reabilitação das pessoas com alteração da funcionalidade e exercício da cidadania.

Não obstante, e de acordo com diversas fontes consultadas, foram identificados elementos de descontinuidade na coerência/consistência dos cuidados, revelando-se fundamental diminuir a assimetria de informação existentes nos diversos níveis de cuidados e, por isso, individualizar o cuidado transicional de Enfermagem de Reabilitação.

Com o presente trabalho de natureza científica pretende-se desenvolver investigação focada nas áreas prioritárias. Em 2018 a OMS apresentou como práticas prioritárias em serviços de saúde integrados centrados nas pessoas a introdução de cuidados transicionais, a promoção de intervenção holística, incentivando a reintegração na sociedade e a gestão eficaz da transição hospital-domicílio. Já a Ordem dos Enfermeiros apresenta como áreas prioritárias em Enfermagem de Reabilitação até 2025 a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal e a efetividade das intervenções e EEER.



Objetivos

O estudo a desenvolver tem como objetivo geral: Analisar as necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

E como objetivos específicos:

- Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados;
- Identificar oportunidades/desafios do EEER no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunidade;
- Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Método

Como resposta aos objetivos mencionados, propõe-se o desenvolvimento de estudo de caso, a decorrer em 2020-2021, onde será constituído um Focus Group com os EEER envolvidos na prestação direta de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados transicionais de reabilitação e consultar os processos clínicos.

Participantes

Os participantes deste estudo serão os EEER envolvidos no Projeto Transição Segura (em contexto hospitalar e comunidade) que se encontrem na prestação direta de cuidados à pessoa adulta/idosa com necessidades de cuidados transicionais de reabilitação e que aceitem livre e esclarecidamente integrar o estudo.

Instrumentos

A colheita de dados será desenvolvida pelo investigador, através da constituição do Focus Group, mediante um guião de entrevista semi-estruturada (que será gravado e posteriormente transcrito), e pelos dados recolhidos resultantes dos registos de Enfermagem que permitam avaliar os indicadores previamente definidos.

R
m

Os dados obtidos serão sujeitos a análise de conteúdo, sendo que a diversidade de fontes enriquecerá os achados com a perspectiva dos diferentes participantes, o que para além de aumentar a profundidade da análise, enriquece a interpretação dos resultados à luz da revisão da literatura.

Aspetos éticos

Estarão cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato) conforme a Declaração de Helsinqui de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Aos EEER envolvidos no projeto Transição Segura que manifestem intenção em colaborar neste estudo será solicitado o consentimento livre e esclarecido, aceite após a leitura do documento contendo os objetivos do estudo, clarificação das finalidades da participação e o tempo médio despendido.

O anonimato e a confidencialidade estão assegurados e os dados serão codificados sem identificarem a fonte.

A consulta aos dados dos processos clínicos só será realizada após autorização do HVFX, e será efetuada por um profissional do serviço, autorizado para o efeito, e que garantirá todos os procedimentos éticos necessários para garantir a segurança e o anonimato dos dados.

Não existe previsão de danos para os participantes no estudo.

Não existem custos decorrentes da participação.

Q
R

ANEXO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

Estudo: O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa no regresso a casa: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enquadramento: A continuidade de cuidados compreende um conjunto de dimensões conducentes à melhoria dos cuidados de saúde prestados a população e conseqüente satisfação destes com os cuidados recebidos. Cada dimensão de continuidade na prestação de cuidados (continuidade da relação, da informação, da gestão, continuidade longitudinal ou flexível) refere-se a um importante corpo de conhecimento sobre a organização e a prestação dos cuidados de saúde, motivo pelo qual se torna interessante estudar as diferentes perspetivas de intervenientes neste processo transicional.

Não obstante, e de acordo com diversas fontes consultadas, foram identificados elementos de descontinuidade na coerência/consistência dos cuidados, revelando-se fundamental diminuir a assimetria de informação existentes nos diversos níveis de cuidados e, por isso, individualizar o cuidado transicional de Enfermagem de Reabilitação.

Com o presente trabalho de natureza científica pretende-se desenvolver investigação focada nas áreas prioritárias definidas pela Organização Mundial de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente na avaliação dos projetos mencionados e metodologia associada, propondo a otimização dos mesmos pelas diversas perspetivas dos profissionais envolvidos, contribuindo para a desfragmentação da continuidade de cuidados de reabilitação e, como tal, para a disseminação de boas práticas no cuidado transicional.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como objetivo geral analisar as necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, pretende-se: Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados; Identificar oportunidades/desafios do EEER no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunidade; Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

P
ru

Os dados serão colhidos através do Focus Group, mediante um guião de entrevista semi-estruturada e com um tempo estimado de 90 minutos, e consulta de registos do EEER que permitam avaliar os indicadores definidos.

Este estudo não tem qualquer apoio financeiro.

A participação no estudo é voluntária. Serão respeitados os princípios da autonomia, da não maleficência e da beneficência, da equidade e do consentimento livre, esclarecido e informado. Será ainda assegurado o poder de decisão de deixar de participar em qualquer etapa do estudo, comunicando esta decisão sem necessidade de justificar a razão, sem incorrer em qualquer forma de responsabilidade e sem sofrer perdas a qualquer nível.

O estudo está aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Vila Franca de Xira.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo absoluto. Os dados são codificados pelo investigador responsável e introduzidos na base de dados sem permitir a identificação dos participantes.

Caso persistam quaisquer dúvidas relativas a este estudo ou caso identifique informação pouco explícita, agora ou qualquer momento do estudo, deve contactar o investigador responsável pelos seguintes contactos:

Rita Pedrosa | e-mail: anaritapedrosa@esel.pt | Telemóvel: 918226690.

Rita Pedrosa

Aprovado

Manuel Nunes

Manuel Nunes

 **Hospital**
Vila Franca de Xira
Conselho de Administração
Escala Vila Franca – Sociedade
Gestora do Estabelecimento, S.A.

APÊNDICE

Apêndice I – Projeto Individual para o desenvolvimento da dissertação de natureza científica

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Opção II - Projeto

**O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa no
regresso a casa: o contributo do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Ana Rita Cardoso Pedrosa

Lisboa
Outubro 2020

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de
especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular Opção II - Projeto

**O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa no
regresso a casa: o contributo do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Ana Rita Cardoso Pedrosa

Professor Orientador:

Professora Doutora Cristina Lavareda Baixinho

Professor Regente:

Professor Doutor Miguel Serra



Lisboa

Outubro 2020

ÍNDICE

	página
INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
1.1 Título	5
1.2 Palavras-chave	5
1.3 Objetivos do estudo	5
1.4 Planeamento de Atividades	6
2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	6
3. REVISÃO DA LITERATURA	12
4. FILOSOFIA DE CUIDADOS: TRANSITIONAL CARE MODEL	17
5. OPÇÃO METODOLÓGICA	19
5.1 Tipo de Estudo	19
5.2 Participantes	19
5.3 Instrumento de Recolha de Dados	19
5.4 Implicações Éticas	20
5.5 Tratamento de Dados	21
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Cronograma de atividades	
APÊNDICE II - Fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão da literatura	
APÊNDICE III - Apresentação final de Projeto	

INTRODUÇÃO

O presente projeto individual surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II – Projeto do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem em área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, enquanto elemento de avaliação onde é esperada a integração das componentes teóricas adquiridas e competências já desenvolvidas relativas ao perfil do Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em articulação com as competências do grau académico de mestre.

A produção do presente documento resulta, então, do trabalho desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Cristina Lavareda Baixinho, através das sessões individuais, das apresentações intercalar e final via online com os restantes elementos da turma e docentes orientadores que partilharam de forma construtiva as suas sugestões de melhoria. Toda a metodologia integrada na Unidade Curricular contribuiu em grande escala para a capacitação no desenvolvimento do projeto de mestrado, que se espera culminar com a produção de dissertação de natureza científica. A salientar que o percurso da presente Unidade Curricular permitiu, também, a clarificação de aspetos e melhoria do trabalho de investigação a desenvolver desde o momento da intenção inicial.

Neste sentido definem-se como objetivos:

- Identificação do projeto a desenvolver;
- Analisar a problemática da área de estudo;
- Apresentar o enquadramento concetual e filosofia de cuidados;
- Apresentar o protocolo de estudo a realizar.

O Projeto individual encontra-se, então, organizado em cinco capítulos. Será primeiramente apresentada a identificação do projeto, seguindo-se a justificação da pertinência do estudo sob o ponto de vista do autor, revisão da literatura de acordo com a amostra bibliográfica até ao momento consultada, quadro de referência teórico de enfermagem que sustentará o projeto, e as opções metodológicas propostas onde constarão também alguns obstáculos previstos. A salientar que foram remetidos para apêndice o cronograma de atividades propostas para o desenvolvimento da dissertação de natureza científica, o fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão da literatura e a apresentação final de projeto que representa a síntese da informação explorada no presente documento e que culminou com a sua apresentação, em contexto virtual.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

A identificação do projeto surge primeiramente com a definição da intenção inicial onde foi identificada como temática a desenvolver a transição de cuidados, sendo que a pertinência do projeto será desenvolvida posteriormente no capítulo identificado.

Tal como já referido anteriormente, o projeto que se apresenta diz respeito ao desenvolvimento de uma dissertação de natureza científica que terá como foco principal os cuidados transicionais de reabilitação, nomeadamente as necessidades de reabilitação continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspectiva que garantem o cuidado transicional. A pertinência do tema e o enquadramento concetual serão desenvolvidos respetivamente nos capítulos 3 e 4.

1.1 Título

Através do trabalho desenvolvido até ao presente momento, e tendo sido já alvo de ajuste e tentativa de melhoria, propõe-se como título ao presente estudo “O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa no regresso a casa: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

1.2 Palavras-chave

Face ao anteriormente exposto, mantém-se como palavras-chave as seguintes: cuidados transicionais de reabilitação, planeamento de alta, continuidade de cuidados, adulto.

1.3 Objetivos do Estudo

O estudo a desenvolver tem como objetivo geral: Analisar as necessidades de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa na perspectiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

E como objetivos específicos:

- Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados;
- Identificar oportunidades/desafios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunidade;
- Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Como tal, é proposta como questão de pesquisa a questão de investigação PICO “Quais as intervenções de reabilitação que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa no regresso a casa após internamento hospitalar?”, sendo a população a pessoa adulta/idosa, o fenómeno de interesse os cuidados transicionais de reabilitação e o contexto o hospital-comunidade.

1.4 Planeamento de Atividades

De forma a explorar o tema identificado, e concretamente na identificação das intervenções de reabilitação que garantam o cuidado transicional, propôs-se o desenvolvimento de atividades de forma estruturada sequencialmente entre outubro de 2020 a abril de 2021: a revisão da literatura deverá ser realizada em outubro de 2020, sendo que pode existir necessidade de focar aspectos mais específicos ao longo da janela temporal definida; a colheita de dados deverá ser realizada entre novembro e dezembro de 2020 (estando previsto, até ao momento, a realização em um único momento); transcrição da informação em dezembro de 2020; codificação/indexação da informação entre janeiro e fevereiro de 2021; análise sistémica dos dados entre fevereiro e março de 2021; elaboração do trabalho final em abril de 2021.

A informação agora exposta encontrar-se-á esquematizada sob a forma de cronograma no apêndice I.

2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,80 anos para o total da população no triénio terminado em 2018, demonstrando-se mais elevada para as mulheres (83,43 anos) do que para os homens (77,78 anos). Não obstante, cerca de um terço da população com 16 ou mais anos indicou sentir uma limitação na realização de atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas devido a um problema de saúde (33,6% em 2018 e 33,0% em 2019). Estes resultados podem ser utilizados enquanto aproximação da proporção de pessoas com incapacidade, contribuindo para a obtenção do indicador “Anos de vida saudável” que permite avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado, ou não, de um aumento de tempo vivido em boa saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Desta forma, parece pertinente apresentar a definição de “anos de vida saudável” - número médio de anos que se espera que um indivíduo de determinada idade venha a viver sem limitações de longa duração para realizar atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, no pressuposto que se mantém inalterado o padrão de mortalidade observado no período de referência (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Considerando a informação relativa à existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável à nascença era de 58,6 anos, mais baixa para as mulheres (57,5 anos) do que para os homens (59,8 anos); estes dados podem contrastar com os divulgados relativamente à expectativa de vida para uma pessoa com 65 anos que se revela em 19,49 anos (em 2018) - sendo respetivamente de 17,58 anos e de 20,88 anos para os homens e para as mulheres com a mesma idade. A estes dados, deve ainda ser interpretado o ajustamento relativo às limitações devido a problemas de saúde - a expectativa de número de anos de vida saudável aos 65 anos traduz-se em 7,3 anos para a população em geral (representando 8,2 anos para os homens e 6,9 para as mulheres), número que, em comparação com os restantes países da União Europeia, se revela bastante diminuído, posicionando Portugal em nono lugar (a média europeia era, em 2018, de 10,0 anos) (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Já em 2016, o Gabinete de Estratégia e Planeamento, apresenta os dados relativos a estatística sobre deficiências ou incapacidades obtidos através dos CENSOS 2011. No documento publicado, é possível constatar as incapacidades decorrentes da mobilidade, visão, audição, comunicação e objetivar o impacto na reinserção social refletindo, por exemplo, que 12667 das pessoas com deficiência ou incapacidade estão registadas como desempregadas.

De acordo com os dados apresentados, a dificuldade com maior incidência na população portuguesa relaciona-se com o andar - 980 mil pessoas não conseguem ou têm muita dificuldade em andar (1,0%), sendo que 1,5% da população (mais de 471 mil pessoas) afirma não conseguir tomar banho ou vestir-se sozinha; de acordo com os dados divulgados, e numa interpretação global, destaca-se que as pessoas com idade superior ou igual a 65 anos representam 56% da população com pelo menos uma dificuldade.

Tais dados parecem ser igualmente reflexo do aumento da incidência de doenças crónicas e doenças incapacitantes, e muitas das vezes da necessidade de internamento hospitalar. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2018, registaram-se cerca de 1,2 milhões de internamentos nos hospitais portugueses (sendo as enfermarias com especialidades em Medicina Interna e Cirurgia Geral com maior impacto), sendo que em algumas especialidades a duração média de internamento se revela superior às restantes (8,9 dias).

Não sendo surpreende o impacto na funcionalidade do adulto/idoso face aos dados expostos, parece emergir a necessidade de respostas para contrariar essa tendência, nomeadamente na articulação das equipas de profissionais de saúde que se foquem na continuidade dos cuidados.

A continuidade de cuidados compreende um conjunto de dimensões conducentes à melhoria dos cuidados de saúde prestados à população e, obviamente, a conseqüente satisfação destes com os cuidados recebidos. Cada dimensão de continuidade na prestação de cuidados (continuidade da relação, da informação, da gestão, continuidade longitudinal ou flexível) refere-se a um importante corpo de conhecimento sobre a organização e a prestação dos cuidados de saúde, motivo pelo qual se torna interessante estudar as diferentes perspetivas de intervenientes neste processo transicional.

Na verdade, a Organização Mundial de Saúde desde 2016 sugere estratégias e políticas de intervenção para consolidação dos serviços de saúde centrados na pessoa, nomeadamente: a capacitar a pessoa e comunidade; reforçar a gestão e responsabilidade (quer com a participação do cidadão na reformulação das políticas de cuidados, quer na harmonização das estratégias entre sector público e privado, por exemplo); reorganizar o modelo de cuidados; coordenar os serviços multisectoriais de acordo com as necessidades e procura da pessoa; promover um ambiente propício à implementação das estratégias transformacionais anteriores. Para tal, e estando a transição dos cuidados implícita na maioria das políticas para as estratégias apresentadas, a Organização Mundial de Saúde destaca como prática prioritária o desenvolvimento de cuidados transicionais - estes dizem respeito aos momentos de transição hospital-casa, casa-hospital ou até na transição na situação de saúde-doença que carecem de uma abordagem holística e biopsicossocial para a transição do cuidado, devendo, para tal, respeitar a cultura onde a pessoa se insere, envolver a família/cuidadores e recursos da comunidade.

O impacto do modelo de cuidados transicionais é, de acordo com a informação disponibilizada pela Organização Mundial de Saúde, muito claro: com uma enfermagem de prática avançada, é possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão; os cuidados geridos a partir do domicílio, por exemplo, proporcionaram *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios do que as pessoas que se encontravam em internamento hospitalar, reforçando novamente a redução de custos, com um impacto de sensivelmente 17% (Organização Mundial de Saúde, 2018).

Já a nível nacional, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, visando o desenvolvimento no âmbito da disciplina

de Enfermagem de Reabilitação, definiu para 2015-2025 áreas de investigação prioritárias, nomeadamente:

- Avaliação de Enfermagem de Reabilitação, no âmbito das intervenções autónomas nas áreas de função contempladas nas competências específicas, na dependência no autocuidado em contexto domiciliário, na validação de escalas;
- Intervenções de Enfermagem de Reabilitação, no âmbito das intervenções autónomas nas áreas de função contempladas nas competências específicas e na capacitação da pessoa e/ou cuidador informal;
- Resultados e efetividade de Enfermagem de Reabilitação;
- Enquadramento Organizacional, no âmbito das dotações seguras de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e do Padrão de Qualidade para o mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Segundo a mesma fonte, existem, no entanto, três áreas de investigação mais prioritárias em Enfermagem de Reabilitação a curto prazo, nomeadamente as correspondentes às subcategorias de:

- Área de investigação no âmbito dos processos fisiológicos estudando as intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na função motora e na função respiratória;
- Área de investigação no âmbito dos processos adaptativos na dependência no autocuidado em contexto domiciliário;
- Área de investigação em efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Neste sentido, nas áreas de investigação expostas parecem estar espelhados os cuidados transicionais nomeadamente nos processos adaptativos na dependência no autocuidado, tal como explorado no início do presente capítulo pelo impacto das incapacidades decorrentes da mobilidade.

Já no que diz respeito à efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação parece pertinente realizar a ponte com os documentos reguladores, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Em primeira instância importa mencionar que, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro demonstra capacidade para ser um elo fundamental no cuidado transicional, na medida em que é responsável pela promoção de ambientes seguros, pela promoção de estratégias inovadoras de prevenção de

risco clínico visando cultura de segurança nos vários contextos de atuação e pela elaboração de protocolos que visem a capacitação da pessoa para a reinserção e exercício da cidadania.

Já o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a sua autoestima. Tal facto encontra-se espelhado no Regulamento das Competências Específicas, nomeadamente:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (na identificação do risco de alteração da funcionalidade, na avaliação da capacidade funcional, na avaliação dos aspetos biopsicossociais que interferem nos processos adaptativos, na seleção e prescrição de produtos de apoio, nos planos de intervenção que visem a redução do risco de alteração à capacidade funcional e que visem a promoção do autocuidado);
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (envolvendo a pessoa e/ou cuidador, os planos de intervenção visam a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida, promovendo igualmente a mobilidade, acessibilidade e participação social);
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (para tal, o são desenvolvidas atividades que permitam maximizar as capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal) (Regulamento n.º 85/2019).

Relativamente aos Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, na implícita contínua procura da excelência no exercício profissional, o seu contributo para o cuidado transicional reflete-se em:

- Procurar os mais elevados níveis de satisfação do cliente (através do respeito pela autonomia, o reforço positivo e elogio relativamente aos objetivos do programa de reabilitação atingidos pelo cliente, o envolvimento do cliente e família na discussão e análise do processo de cuidados, entre outros);
- Ajudar a alcançar o máximo potencial do cliente (através da cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro, a maximização das capacidades funcionais, a identificação de riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, entre outros);

- Desenvolver, conjuntamente com o cliente, processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde, através da reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e reintegração e participação na sociedade igualmente promovendo a inclusão social de pessoas com deficiência;
- Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem (através da existência de um quadro de referências, de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, entre outras) (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A transição de cuidados refere-se a ações que assegurem a coordenação e continuidade da assistência à saúde na transferência de clientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local. A transição ocorre num contexto, incluindo o cliente, família e cuidadores, os profissionais que prestaram cuidados e os que continuarão a prestação (Coleman & Boulton, 2007).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um elemento-chave no processo do cuidado transicional, assumindo um papel de liderança por todo o enquadramento com os seus documentos reguladores acima descritos, destacando-se o seu papel na gestão eficaz da transição hospital-comunidade, superando a fragmentação dos focos de atenção, garantindo a continuidade dos cuidados traduzindo-se, por isso, num sistema integrativo de saúde.

Para além do cuidado transicional se revelar uma área prioritária por tudo o exposto até ao momento, existe uma componente motivacional pessoal para o desenvolvimento do tema na dissertação de natureza científica - encontra-se atualmente implementado no serviço onde exerço funções, como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um projeto cujo foco é também o cuidado transicional.

O Projeto Transição Segura envolve, desde 2014, um trabalho em parceria entre o Hospital Vila Franca de Xira, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo. O projeto encontra-se alicerçado num processo simultâneo de resolução de problemas, formação, investigação e ação, cuja finalidade é a Translação de Conhecimento para a resolução de problemas identificados em diversos serviços de internamento hospitalar, otimizando o conhecimento e capacitando as pessoas e cuidadores/pessoas de referência no processo de transição do hospital para a comunidade e, desta forma, reduzindo a demora média de internamento, favorecendo circuitos de comunicação que promovam a continuidade dos cuidados em diferentes níveis de cuidados, diminuindo os reinternamentos após a alta hospitalar, promovendo a reabilitação das pessoas com alteração da funcionalidade e exercício da cidadania.

Com vista a procura na excelência dos cuidados de reabilitação, a dissertação de natureza científica procurará explorar as necessidades de cuidados transicionais sob a perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação envolvido no Projeto Transição Segura através da metodologia exposta no capítulo 5.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O presente estudo, tal como já referido, tem como objetivo analisar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa adulta/idosa e que garantem o cuidado transicional, pela perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Numa fase inicial, até ao encontro da opção metodológica apresentada em capítulo devido, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que incluiu artigos publicados entre 2015-2020, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, constantes nas bases de dados eletrónicas Cinahl, Medline, Pubmed e Web of Science, considerando os descritores adequados a cada uma, nomeadamente: *Transitional Care, Patient Transfer, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Physical and Rehabilitation Medicine, aged and adult* (para a pesquisa em Cinahl e Medline) e *transitional care, readiness discharge, discharge planning, patient discharge, continuity of care, continuity of patient care, continuous care, patient rehabilitation, rehabilitation nursing, rehabilitation care, physical rehabilitation, rehabilitation, rehabilitation health, rehabilitation therapy, rehabilitation treatment, rehabilitation medicine, rehabilitative intervention, rehabilitative, dependent patients, dependent person, adult, elderly, elderly adults, elderly patients, elderly person, aged, aged human, nurs** (para a pesquisa em Pubmed e Web of Science).

No que diz respeito à seleção de artigos, foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade: participantes com idade superior a 18 anos, identificação do domicílio como destino de alta hospitalar, Índice de Barthel com score igual ou inferior a 90. Foram, então, excluídos artigos que apresentaram: participantes com idade inferior a 18 anos, participantes institucionalizados, participantes em situação paliativa, participantes com demência diagnosticada, participantes com alteração do estado de consciência, participantes com Índice de Barthel com score superior a 90.

Neste sentido, foram identificados 1130 artigos potencialmente relevantes, não se encontrando estudos em duplicado. Destes, 998 foram excluídos com base na data da publicação, idioma disponibilização de texto integral gratuito, e de acordo com os critérios de

inclusão e exclusão descritos. Foram excluídos 72 artigos pela leitura do título e 24 pela leitura do resumo. Assim, mantém-se selecionados para leitura completa 36 dos artigos selecionados. O fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão da literatura encontra-se apresentado em Apêndice II.

Da amostra bibliográfica consultada até ao momento, e face aos dados estatísticos expostos relativamente a limitações/incapacidades secundárias a problemas de saúde, esperança média de vida e incidência de doenças crónicas, é consensual a necessidade de efetivação de políticas públicas mais abrangentes e que ampliem a promoção, prevenção e tratamento de doenças que minimizem as alterações da funcionalidade da pessoa adulta e idosa.

Nesse sentido, destaca-se a transição de cuidados como uma resposta pertinente às necessidades de saúde e que pode ser definida como um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre transferências de diferentes níveis de cuidados ou transferência de local. Nessa situação, pode haver mudança no estado funcional ou de saúde da pessoa acometida, principalmente se esta for idosa, necessitando de preparação para a nova situação (Menezes et al., 2018).

Se por um lado os profissionais e políticos de saúde a continuidade dos cuidados é valorizada essencialmente a partir dos seus impactos na utilização dos serviços de saúde, na limitação do acesso a cuidados especializados e na própria reorganização dos serviços de saúde, o mesmo não acontece com os clientes: ao analisar um estudo sobre a experiências dos clientes com o objetivo de identificar a valorização da continuidade de cuidados e identificar elementos de (des)continuidade, distinguiram-se três tipos de continuidade assistencial inter-relacionados entre si:

- Continuidade de relação, entendida como a percepção do cliente relativamente à relação que estabelece ao longo do tempo com um ou mais cuidadores;
- Continuidade de Informação, entendida como a percepção do cliente face à disponibilidade, utilização, interpretação da informação sobre acontecimentos anteriores para proporcionar cuidados adequados às suas circunstâncias atuais;
- Continuidade de Gestão, associada a percepção do cliente relativamente à forma como recebe os cuidados dos diferentes serviços, de forma coordenada, complementar e sem duplicações.

Cada dimensão de continuidade na prestação de cuidados refere-se, assim, a um importante corpo de conhecimentos relativamente à organização e à prestação de cuidados de saúde (Mendes et al., 2017).

Particularmente em relação aos cuidados de reabilitação, estudos apontam para a preocupação crescente dos profissionais no desenvolvimento de políticas de continuidade de cuidados de reabilitação, que é acompanhada por um esforço internacional para manter e potencializar a continuidade de cuidados integrados num sistema de saúde, demonstrando a preocupação com a fragmentação dos cuidados. Não obstante, são escassos os estudos publicados com foco na reabilitação, ainda que os profissionais envolvidos reconheçam existir uma oportunidade em melhorar a qualidade dos cuidados que se revelam complexos face às dimensões intrínsecas (Medina-Mirapeix et al., 2011).

Relativamente aos estudos publicados, é relatada a perspetiva dos clientes que afirmam, através da sua experiência, não existir frequentemente conexão ou coerência ao longo do tempo no programa de reabilitação, assumindo sentir insegurança e inexistência de qualidade no seu tratamento. Os clientes referem ainda que as competências dos profissionais, a transferência da informação entre profissional e cliente de forma a manter uma colaboração mútua e a coordenação de cuidados entre profissionais e clientes, são as condições que potenciam a qualidade da continuidade de cuidado. (Medina-Mirapeix et al., 2011).

Vários estudos demonstram os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente uma maior capacidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas e, por isso, uma adequada individualização do cuidado; melhoria da relação entre clientes-família e prestadores de cuidados; redução do uso indevido dos serviços de saúde e, por isso, uma eventual redução dos custos; aumento de satisfação dos utentes com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho (Mendes et al., 2017).

Em contrapartida, a fragmentação de cuidados pode resultar em orientações de tratamento confusas para o cliente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, num seguimento desadequado, assim como numa falta de preparação/informação do cliente e dos cuidadores informais. É fundamental diminuir a assimetria de informação entre o utente e o prestador de cuidados de saúde e a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde (Mendes et al., 2017).

Segundo Bekdemir e İlhan (2019), os cuidadores de clientes totalmente dependentes relataram um nível de exaustão moderado. Os problemas de saúde dos próprios cuidadores (habitualmente membros familiares do cliente), a sua situação laboral, a capacidade do cuidador em manter o seu próprio bem-estar e o grau de dependência do cliente nas suas atividades de vida diárias foram os fatores significativos preditores de sobrecarga do cuidador.

É clara a necessidade de planeamento da transição dos cuidados, pela complexidade das dimensões associadas à prestação de cuidados bem como pela vulnerabilidade consequente a situação de internamento hospitalar. Dessa forma, o planeamento deverá ser iniciado tão

breve quanto possível de forma a garantir a continuidade dos cuidados, sendo claros os ganhos na diminuição da taxa de reinternamento e redução de custos associados aos cuidados; do estudo realizado, os motivos que levavam ao reinternamento relacionavam-se com o estado clínico do cliente (como comorbidades, alterações musculoesqueléticas e outros), com o seu ambiente domiciliar e com a rede de apoio (Menezes et al., 2018).

É fulcral identificar os fatores de risco que possibilitam o retorno da pessoa idosa ao ambiente hospitalar, pois a recusa da continuidade do tratamento, a ausência em consultas de reavaliação, o uso indiscriminado de terapêutica, as readmissões e a morte podem ser resultados das experiências negativas do idoso durante o internamento e comportamentos de não adesão.

Vários estudos demonstram a importância do cuidado transicional no processo de reabilitação, readaptação, intervenção, promoção e até mesmo tratamento da pessoa idosa durante o processo de alta hospitalar para o destino de origem implicando de maneira significativa na menor taxa de reinternamento desses indivíduos. Intervenções bem-sucedidas incluem educação sobre a alta ao paciente, reconciliação de medicamentos, melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e programação de acompanhamento ambulatorial antes da alta, bem como desenvolver intervenções mais elaboradas e relevantes para apoiar adequadamente os pacientes e seus familiares durante o cuidado de transição.

A transição hospital/domicílio foi identificada como um período de *stress* para os membros da família que assumem o papel de cuidador. O *stress* é muitas vezes resultado da ausência de competência, conhecimentos e as ferramentas para o cuidado eficaz (a comunicação como um fator facilitador do processo). Assim, a presença do cuidador familiar na prestação do cuidado de transição deve ser avaliada com muita cautela, pois vários fatores estão envolvidos, como nível de parentesco, escolaridade, idade, sexo, ocupação, residência, grau de aproximação com o paciente, há quanto tempo cuida e condições de saúde. (Menezes et al., 2018).

Não obstante, acredita-se que existe uma necessidade de os profissionais de saúde trabalhem em parceria estreita com os membros da família para identificar e resolver as necessidades do usuário dos serviços de saúde durante a transição do hospital para o domicílio; a participação do familiar no desenvolvimento das atividades recomendadas pós-alta hospitalar no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e, assim, do estado de saúde da pessoa (Menezes et al., 2018).

Estudos publicados procuraram avaliar a evidência do cuidado transicional e dos programas que efetivamente contribuíram para a redução da taxa de mortalidade e potenciar as Atividades de Vida Diária. Ainda durante o internamento, a envolvimento da equipa

multidisciplinar no cuidado transicional, a frequência e duração das intervenções que envolvem a educação para a saúde, a promoção da autogestão e a coordenação dos serviços parecem aumentar a possibilidade de obter ganhos (Morkisch et al., 2020; Wang et al., 2017)

Das políticas que parecem garantir os cuidados transicionais, as visitas domiciliares parecem ser a que acarreta melhores ganhos na vida diária, sendo possível afirmar que quanto mais longo o acompanhamento, menor o impacto da dependência nas Atividades de Vida (não foi, no entanto, objetivado o impacto na redução da taxa de mortalidade). Não obstante, para o seu impacto positivo, as visitas domiciliares devem ser baseadas nas necessidades dos clientes e nas metas de reabilitação, sob monitorização contínua (Morkisch et al., 2020; Wang et al., 2017).

No que diz respeito aos follow-ups telefónicos, a evidência científica demonstra que, apesar do maior risco se demonstrar nos primeiros sete dias após a alta hospitalar, os contactos telefónicos não parecem trazer consigo benefícios para a redução da taxa de mortalidade, na medida em que, no estudo realizado, a monitorização gerida pela equipa de enfermagem não tinha o foco em questões médicas (como complicações de Acidente Vascular Cerebral, por exemplo) mas sim em questões que motivassem o cliente a ajustar o seu comportamento; não obteve igualmente benefícios na redução do impacto nas Atividades de Vida Diárias (Wang et al., 2017; Jackson et al., 2015).

Em suma, os programas de alta hospitalar são a chave nos cuidados transicionais. A evidência demonstra que os cuidados integrados são igualmente a chave para os sistemas de saúde por acompanharem o envelhecimento populacional e as necessidades de saúde mais complexas e por possibilitarem combater a desfragmentação dos cuidados e a diminuição da assimetria da informação.

4. FILOSOFIA DE CUIDADOS: TRANSITIONAL CARE MODEL

Neste capítulo será explorada a filosofia de cuidados que se acredita sustentar o presente projeto, na medida em que não só as componentes que o incluem podem oferecer resposta à síntese do conhecimento apresentada em capítulo anterior, mas por poder espelhar os cuidados diferenciados que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem capacidade de prestar.

O *Transitional Care Model* foi projetado com vista a prevenção de complicações de saúde e reinternamento do adulto/idoso com doença crónica, proporcionando um planeamento de alta abrangente e acompanhamento no domicílio (Hirschman et al., 2015).

Para tal, o *Transitional Care Model* preconiza a identificação dos objetivos de saúde dos clientes, o planeamento e implementação de um programa de cuidados simplificado, e a continuidade de cuidados entre serviços e ao longo do processo de saúde-doença. A prestação de cuidados, respeitando este modelo de cuidado, deve ser monitorizado pelo Enfermeiro de Prática Avançada, em colaboração com o cliente, cuidadores e membros da equipa multidisciplinar (Hirschman et al., 2015).

A evidência publicada demonstra que este modelo de cuidados permite melhorar a experiência do adulto/idoso nos cuidados prestados, *outcomes* de saúde e impacto na qualidade de vida. Os resultados demonstram redução na taxa de reinternamento e dos custos associados aos cuidados de saúde.

A avaliação rigorosa das intervenções baseadas no *Transitional Care Model* e o tratamento de dados resultantes da aplicabilidade do modelo, permitiu identificar componentes principais integrativas do modelo de cuidados que, apesar de serem agora explorados individualmente, é importante compreender que todos eles se encontram interligados e todos eles fazem parte de um processo de cuidado holístico. Os nove componentes que sustentam o modelo de cuidado são:

- Triagem de adultos com maior risco de baixos *outcomes*;
- Equipa de enfermagem especializada que assume a responsabilidade pela gestão de cuidados;
- Manutenção de relação de confiança (com o cliente e cuidador);
- Capacitação do utente e cuidador, envolvendo-os na implementação do plano de cuidados que deverá respeitar as preferências, valores e objetivos do cliente;
- Avaliação e gestão de risco e sintomas;

- Educação/Promoção da autogestão de forma a capacitar o cliente e cuidador na identificação e resposta em situações de agravamento do estado de saúde;
- Colaboração e promoção do consenso relativamente ao plano de cuidados entre o cliente, cuidador e membros da equipa multidisciplinar;
- Promoção da continuidade de cuidados, evitando a fragmentação dos mesmos;
- Promoção da coordenação, através da comunicação eficaz e relação dos profissionais entre diferentes níveis de cuidados (entre o internamento hospitalar e os profissionais da comunidade, por exemplo) (Hirschman et al., 2015; Nelson & Pulley 2015).

A aplicabilidade do Transitional Care Model é reconhecida como uma abordagem de primeira linha baseada em evidência científica e que acarreta consigo um excelente potencial nos ganhos em saúde, necessitando ser adaptado a cada ambiente onde o modelo de cuidados será aplicado.

Em todas estas componentes podem ver-se espelhadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Como tal, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode, e deve, assumir um papel de liderança no processo do cuidado transicional, nomeadamente na gestão eficaz da transição hospital-comunidade, superando a fragmentação dos focos de atenção, garantindo a continuidade dos cuidados traduzindo num sistema integrativo de saúde.

5. OPÇÃO METODOLÓGICA

No presente capítulo, apresentam-se aspetos considerados relevantes no que diz respeito à metodologia proposta para o estudo, com fundamentação de algumas estratégias de planeamento, dado tratar-se da produção de uma dissertação de natureza científica.

5.1 Tipo de Estudo

Como resposta aos objetivos mencionados, propõe-se o desenvolvimento de estudo de caso, a decorrer em 2020-2021, onde será constituído um *Focus Group* com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação envolvidos na prestação direta de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados transicionais de reabilitação e consultar os processos clínicos.

A seleção do *Focus Group*, ou grupo de discussão, é um método de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador. Apresenta inúmeras vantagens, tais como poder ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação, fornecer dados de um grupo muito mais rapidamente e frequentemente com menores custos do que se essa informação tivesse sido obtida a partir de entrevistas individuais e a sua flexibilidade, podendo ser usados para a análise de um leque alargado de tópicos com uma variedade de indivíduos (Moore et al., 2015; Silva, Veloso & Keating, 2014).

Não obstante, as fragilidades relacionadas com o método de investigação, esperam-se não existir pela estratégia adotada e mencionada no subcapítulo relacionado com a recolha de dados.

5.2 Participantes

Os participantes deste estudo serão os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação envolvidos no Projeto Transição Segura (em contexto hospitalar e comunidade) que se encontrem na prestação direta de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados transicionais de reabilitação e que aceitem livre e esclarecidamente integrar o estudo.

5.3 Instrumento de recolha de dados

A colheita de dados será desenvolvida através da constituição do *Focus Group*, onde serão convidados a participar os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação inseridos no Projeto Transição Segura no Hospital Vila Franca de Xira (quer em contexto da comunidade quer hospitalar) até um máximo de 12 participantes. O pedido de parecer à

Comissão de Ética relativamente ao desenvolvimento do estudo foi submetido em setembro de 2020, aguardando o seu parecer até ao momento.

Para a realização do *Focus Group*, será desenvolvido um guião de entrevista semiestruturada que resultará dos temas essenciais extraídos da revisão da literatura (e que será gravado e posteriormente transcrito). Atualmente encontra-se planeada a sua realização online, sendo moderado por dois investigadores, contando com a imparcialidade na investigação e experiência anterior, acreditando ser um fator facilitador no caso de existir necessidade de controlar o nível de participação (Klagge, 2018).

Ainda a referir que a seleção do *Focus Group* pareceu ser o método de investigação mais adequado ao estudo proposto, pois permite a recolha de dados qualitativos fomentado a interação de um grupo que se espera terem características comuns e relevantes face ao tema em discussão. Ainda assim, apresenta inúmeras vantagens como permitir uma colheita de dados mais ampla (já que os dados advêm da discussão ancorada os temas definidos pelo guião), representar um menor custo associado relativamente a entrevistas individuais, permitir uma maior intervenção dos participantes (incluindo em temas que possam parecer mais suscetíveis) e ainda permitir um número de participantes entre 4 a 12, sob estratégia de recrutamento (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Não obstante, podem ser previstos alguns obstáculos à colheita de dados, nomeadamente a necessidade de repetição do *Focus Group* (no mesmo grupo ou apenas com os intervenientes em determinada questão) caso exista dificuldade na transcrição/interpretação do discurso.

5.4 Implicações éticas

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação envolvidos no projeto Transição Segura que manifestem intenção em colaborar neste estudo será solicitado o consentimento livre e esclarecido, aceite após a leitura de um documento contendo os objetivos do estudo, clarificação das finalidades da participação e o tempo médio despendido.

O anonimato e a confidencialidade estão assegurados e os dados serão codificados sem identificarem a fonte.

Não existe previsão de danos para os participantes no estudo nem custos decorrentes da participação.

Desta forma, estarão cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato) conforme a Declaração de Helsinque de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Associação Médica Mundial, 2013)

5.5 Tratamento de dados

Os dados obtidos serão sujeitos a análise de conteúdo, sendo que a diversidade de fontes enriquecerá os achados com a perspectiva dos diferentes participantes, o que para além de aumentar a profundidade da análise, enriquece a interpretação dos resultados à luz da revisão da literatura.

Para a análise de dados, será codificada a informação, transcrita manualmente e analisada posteriormente de forma sistémica.

Neste sentido, a transcrição manual do *Focus Group* e compilação dos excertos pode ser um obstáculo ao cumprimento do cronograma estruturado.

CONCLUSÃO

Da análise da produção científica consultada, é possível aferir que a implementação dos cuidados transicionais são uma prioridade de atuação pelo impacto das doenças crônicas, da incapacidade e limitações decorrentes e pelas dificuldades adaptativas a que o cliente e família estão sujeitos pela gestão de cuidados atual que não garante a sua continuidade. Demonstrado pela Organização Mundial de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros é imprescindível investir nos cuidados transicionais, podendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ser o líder neste processo.

Para a implementação de uma política de cuidados transicionais, que deve iniciar-se no momento da admissão hospitalar, é necessária a qualificação de profissionais para o planeamento e gestão dos cuidados de transição, a comunicação efetiva entre profissional, o cliente e cuidador, a inclusão formal e participativa do cuidador no contexto da prática de cuidados. Através destas medidas é clara, através dos estudos publicados, a diminuição das taxas de reinternamento, a gestão do uso dos serviços de saúde, e a otimização do processo saúde-doença.

Não obstante, e igualmente de acordo com diversas fontes consultadas, foram identificados elementos de descontinuidade na coerência/consistência dos cuidados, revelando-se fundamental diminuir a assimetria de informação existentes nos diversos níveis de cuidados e, por isso, individualizar o cuidado transicional de Enfermagem de Reabilitação.

Com o presente projeto, pretende-se desenvolver investigação focada nas áreas prioritárias, contribuindo para a redução da descontinuidade na coerência/consistência dos cuidados, acreditando que com a produção da dissertação de natureza científica se consiga obter conhecimento com reflexo na evolução dos cuidados, identificando as necessidades reais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, na amostra heterogénea do contexto hospitalar e da comunidade e, por isso, com estratégias de implementação de programas de transição de cuidados eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.
- Bobay, K., Jerofke, T., Weiss, M., Yakusheva, O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing* 31(3)
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho. (2016). Solidariedade e Segurança Social (GEP/MTSSS), Estatísticas sobre Deficiências ou Incapacidades.
- Galvin, E., Wills, T., Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *JAN Leading Global Nursing Research* (1-11).
- Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of care: The Transitional Care Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3). DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No03Man01
- Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Moen, V., Abmus, J., Hetlevik, O. (2019) The Effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: a longitudinal survey-based study from western Norway. *Quality of Life Research* (2019) 28:2773–2785
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Indicadores fundamentais de saúde apontam para melhoria nos anos recentes, embora alguns mantenham níveis inferiores aos médios da União Europeia (UE-28)
- Klagge, Jay. (2018). Guideline for Conducting Focus Group. DOI: 10.13140/RG.2.2.33817.47201
- Lau, D., Majumdar, S., McAlister, F. (2016). Patient isolation precautions and 30-day risk of readmission or death after hospital discharge: a prospective cohort study. *International Journal of Infectious Diseases*. 43(74-76) DOI: 10.1016/j.ijid.2015.12.018
- Laura and John Arnold Foundation. (2017). Evidence summary for the Transitional Care Model.
- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Lillo-Navarro, M., Collins, S. (2017). Continuity of care in hospital rehabilitation services: a qualitative insight inpatients experience. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 21(2):85-91. DOI: 10.1016/j.bjpt.2017.03.002

- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Baño-Aledo, M., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., Collins, S. (2011). Continuity of Rehabilitation Services in Post-Acute Care From the Ambulatory Outpatients' Perspective: a qualitative study. *Foundation of rehabilitation Information*. 43: 58-64. DOI: 10.2340/16501977-0638
- Mendes, F., Gemitto, M., Caldeira, E., Serra, I., Casas-Novas, M. (2017) A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Menezes, T., Oliveira, A., Santos, L., Freitas, R., Pedreira, L., Veras, S. (2018) Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2):294-301. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0286
- Moore, T., McKee, K., McLoughlin, P. (2015). Online focus groups and qualitative research in the social sciences: their merits and limitations in a study of housing and youth. *People, Place and Policy* (2015): 9/1, pp. 17-28. DOI: 10.3351/ppp.0009.0001.0002
- Nelson, J. & Pulley, A. (2015). Transitional care can reduce hospital readmissions. *American Nurse Today*, 10(4), 1-8.
- Organização Mundial de Saúde. (2018) Continuity and Coordination of Care: A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services.
- Pereira, J. (2015). O Regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. Porto.
- Plessis, M., McGaffin, C., Molepo, T., Oelofse, R., Zyl, S., Mahsola, M. (2018). Perceived readiness for hospital discharge: patients with spinal cord injury versus physiotherapists. *South African Journal of Physiotherapy* (2410-8219). DOI: 10.4102/sajp.v74i1.437
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. 2011. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019, publicado na 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Portugal. 2019
- Regulamento n.º 85/2019, publicado na 2.ª série – n.º85 – 3 de maio 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia da República. Portugal. 2019

- Silva, I., Veloso, A., Keating, J. (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190
- Wong, L. (2006). Focus Group discussion: A tool for health and medical research. Singapore Med 2008; 49(3): 256
- Associação Médica Mundial (2013). Declaração de Helsinque: Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. Fortaleza, Brasil.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de atividades

	2020			2021			
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Revisão da literatura							
Colheita de dados (Focus Group)							
Transcrição							
Codificação/indexação							
Interpretação/Análise sistémica							
Elaboração do trabalho final							

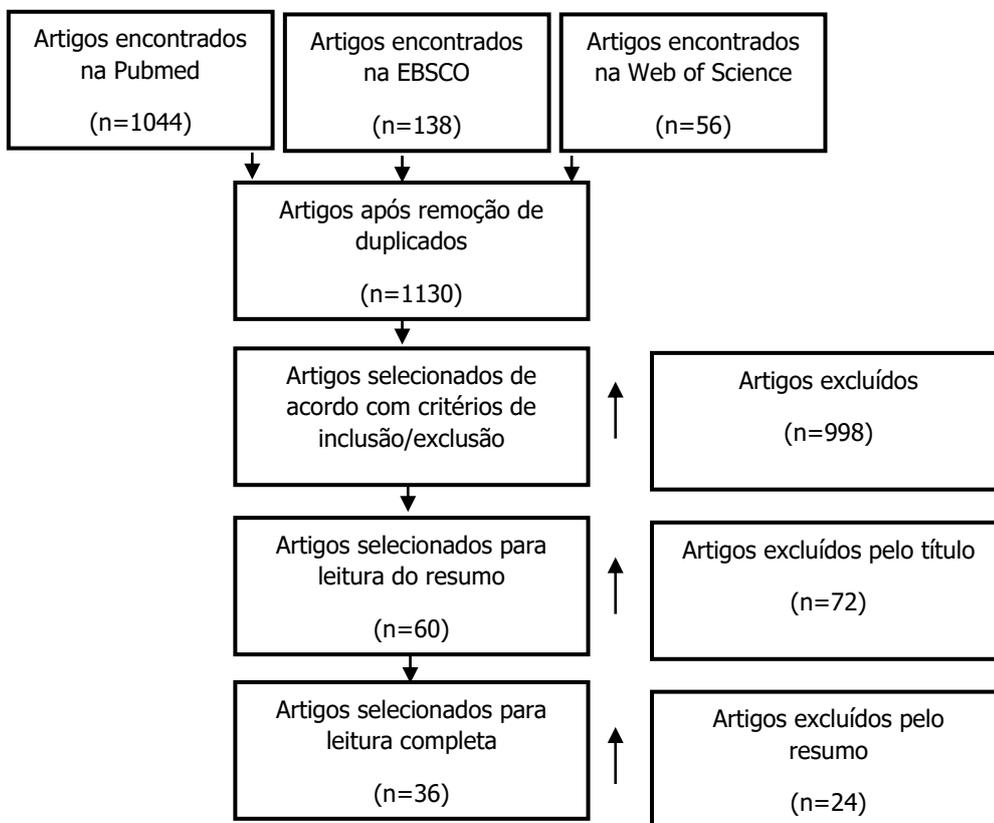
APÊNDICE II

Fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão da literatura

Id
en
ti
f
i
c
a
ç
ã
o

Se
le
ç
ã
o

El
e
g
i
b
i
l
i
d
a
d
e



APÊNDICE III

Apresentação final de Projeto

Cuidados Transicionais de Enfermagem de Reabilitação

Dissertação | Apresentação Final

11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Opção II – Projeto

Rita Pedrosa

Nº 9480

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

14 outubro 2020



**O cuidado transicional da pessoa adulta/idosa:
o contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Cuidado Transicional

A transição do cuidado refere-se a **ações que assegurem a coordenação e continuidade** da assistência à saúde, na transferência de clientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local.

A transição ocorre num contexto, incluindo o cliente, família e cuidadores, os profissionais que prestaram cuidados e os que continuarão a prestação.

(Coleman & Boulton, 2007)



Questão de Pesquisa

Quais as intervenções de reabilitação que garantem o cuidado transicional de reabilitação à pessoa adulta/ idosa dependente no regresso a casa após internamento hospitalar?

Questão PICO

População: pessoa adulta/idosa;

Fenómeno de interesse: cuidados transicionais de reabilitação;

Contexto: hospital-comunidade.

Objetivos

Objetivo Geral:

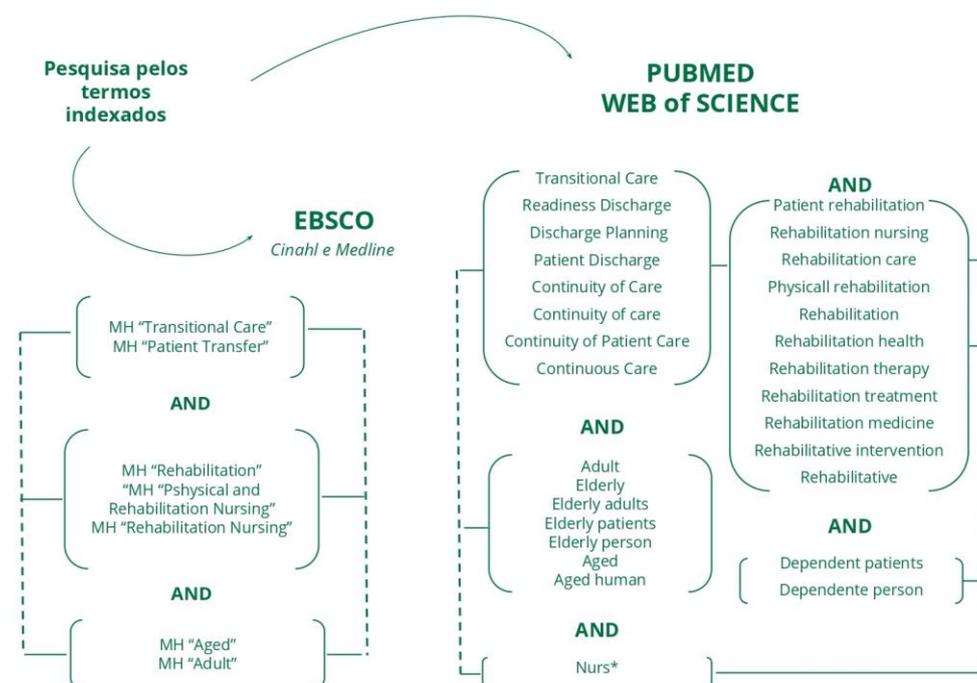
- Analisar as intervenções de reabilitação que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação da pessoa adulta/idosa dependente na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

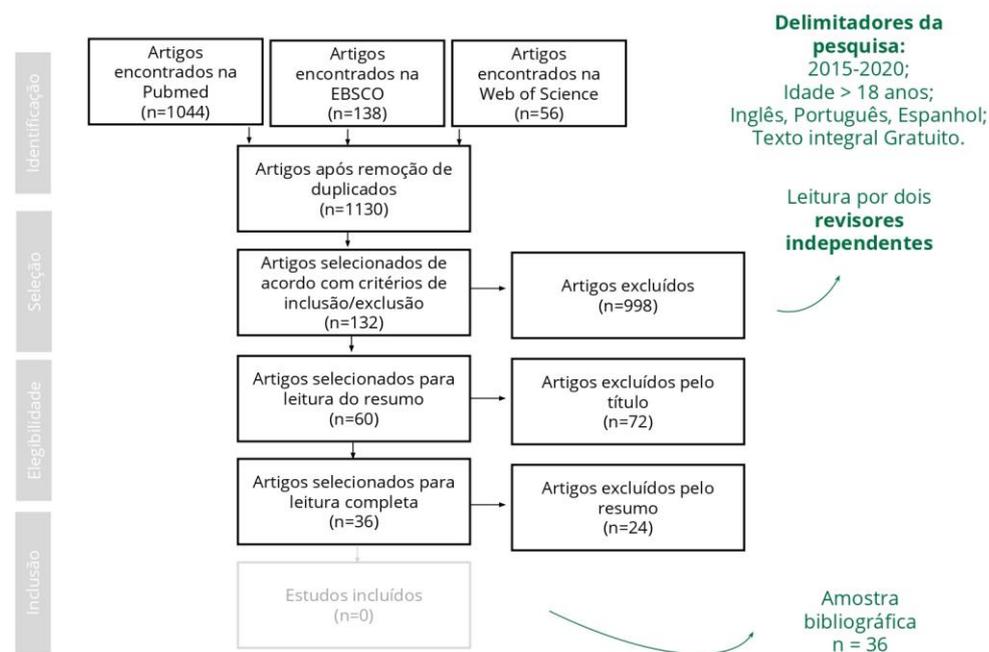
Objetivos Específicos:

- Identificar elementos facilitadores/dificultadores das diferentes dimensões da continuidade de cuidados;
- Identificar oportunidades/desafios do EEER no cuidado transicional, no contexto hospitalar e comunidade;
- Propor um protocolo para o cuidado transicional à pessoa adulta/idosa internada com necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Transitional Care Model

- Triagem de adultos com maior risco de baixos *outcomes*;
- **Equipa de enfermagem especializada**;
- Manutenção de **relação de confiança** (com o cliente e cuidador);
- **Capacitação** do utente e cuidador;
- **Avaliação e gestão** de risco e sintomas;
- Educação/Promoção da **autogestão**;
- **Colaboração**;
- Promoção da **continuidade e coordenação**.





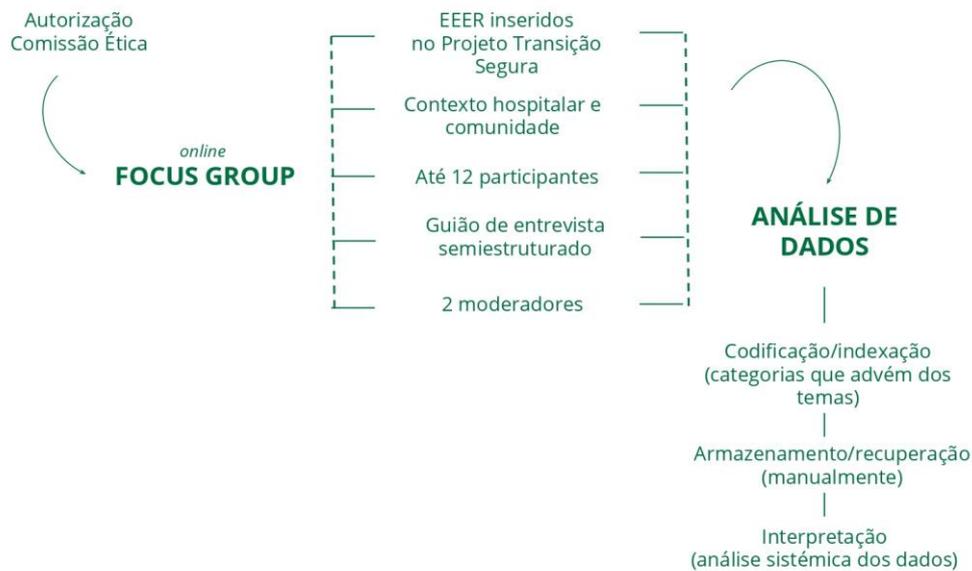
Síntese do conhecimento

- Os **programas de alta hospitalar** são a chave mas parecem ser de difícil implementação de forma eficaz durante o internamento;
- Otimização dos **cuidados domiciliários** contribuem para a redução das taxas de readmissão e mortalidade;
- Programas que incluam **visitas domiciliárias (multidisciplinar)** foram a estratégia de cuidados transicionais com melhores *outcomes* (com reflexo na escala de Barthel);
- Evidência escassa sobre os benefícios claros dos follow-ups;
- **Cuidados integrados são a chave para os sistemas de saúde** eficientes por acompanharem o envelhecimento populacional e as necessidades de saúde mais complexas.

Combater a fragmentação de cuidados

Diminuir a assimetria de informação

Efetivar um sistema integrado de saúde



Resultados Esperados e Contribuição para a Evolução dos cuidados

- Identificação das **necessidades reais dos EEER** envolvidos na transição de cuidados de forma a combater a descontinuidade entre a alta hospitalar e os reais recursos disponíveis no domicílio;
- Identificar **estratégias de implementação** de um programa de transição de cuidados eficaz;
- Contribuir com propostas de **guidelines/ferramentas** para implementação dos processos de cuidados transicionais;
- Reforçar foco na intervenção dos **EEER nos cuidados de saúde primários** (serão o pilar essencial na sustentação do cuidados transicionais no regresso a casa);
- Refletir sobre as intervenções relacionadas com o cuidado transicional nos documentos reguladores do exercício profissional dos EEER, bem como na avaliação e reconhecimento da excelência das organizações enquanto sistemas integrados de saúde.

Fatores dificultadores esperados

- A transcrição e compilação dos excertos será realizada **manualmente** podendo comprometer o *timing* proposto;
- Estudo desenvolvido em **um Hospital e ACES** com população característica que pode não ser o reflexo de outras realidades nacionais;
- A implementação dos programas de cuidados transicionais pode ficar comprometida face ao **tempo de internamento** no Hospital Vila Franca de Xira (media 7 dias);

Cronograma

	2020			2021			
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Revisão da literatura	■	■					
Colheita de dados (Focus Group)		■	■				
Transcrição			■				
Codificação/indexação				■	■		
Interpretação/Análise sistémica					■	■	
Elaboração do trabalho final							■

Bibliografia

- Bobay, K., Jerofke, T., Weiss, M., Yakusheva, O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing* 31(3)
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREAPARED). *Revista de Enfermagem Referência III Série* (5).
- Galvin, E., Wills, T., Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *JAN Leading Global Nursing Research* (1-11).
- Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Moen, V., Abmus, J., Hetlevik, O. (2019) The Effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: a longitudinal survey-based study from western Norway. *Quality of Life Research* (2019) 28:2773–2785
- João, A., Nunes, C., Lanhoso, M., Venda, S., Guerreiro, T., António, V. (2018). Santarém.
- Lange, J., Jacobs, J., Meiring, N., Moroane, B., Verster, T., Olorunju, S., Mashola, M. (2020). Reliability and validity of the Readiness for Hospital Discharge Scale in patients with spinal cord injury. *South African Journal of Physiotherapy*. 76(1)
- Lau, D., Majumdar, S., McAlister, F. (2016). Patient isolation precautions and 30-day risk of readmission or death after hospital discharge: a prospective cohort study. *International Journal of Infectious Diseases*. 43(74-76)
- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Lillo-Navarro, M., Collins, S. (2017). Continuity of care in hospital rehabilitation services: a qualitative insight inpatients experience. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 21(2):85-91.
- Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Escolar-Reina, P., Sobral-Ferreira, M., Baño-Aledo, M., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., Collins, S. (2011). Continuity of Rehabilitation Services in Post-Acute Care From the Ambulatory Outpatients' Perspective: a qualitative study. *Foundation of rehabilitation Information*. 43: 58-64.
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., Casas-Novas, M. (2017) A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes.
- Menezes, T., Oliveira, A., Santos, L., Freitas, R., Pedreira, L., Veras, S. (2018) Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2):294-301.
- Organização Mundial de Saúde. (2018) Continuity and Coordination of Care: A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services.
- Pereira, J. (2015). O Regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. Porto.
- Plessis, M., McGaffin, C., Molepo, T., Oelofse, R., Zyl, S., Mahsola, M. (2018). Perceived readiness for hospital discharge: patients with spinal cord injury versus physiotherapists. *South African Journal of Physiotherapy* (2410-8219)
- Ramos, S. (2015). A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente. Lisboa.
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República* nº 35/2011 - II Série.
- Weiss, E., Yakusheva, O., Bobar, K., Costa, L., Hughes, R., Nuccio, S., Hamilton, M., Bahr, S., Siclovan, D., Bang, J. (2019). Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital – The READI Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2019;2(1)

Cuidados Transicionais de Enfermagem de Reabilitação

Dissertação | Apresentação Final

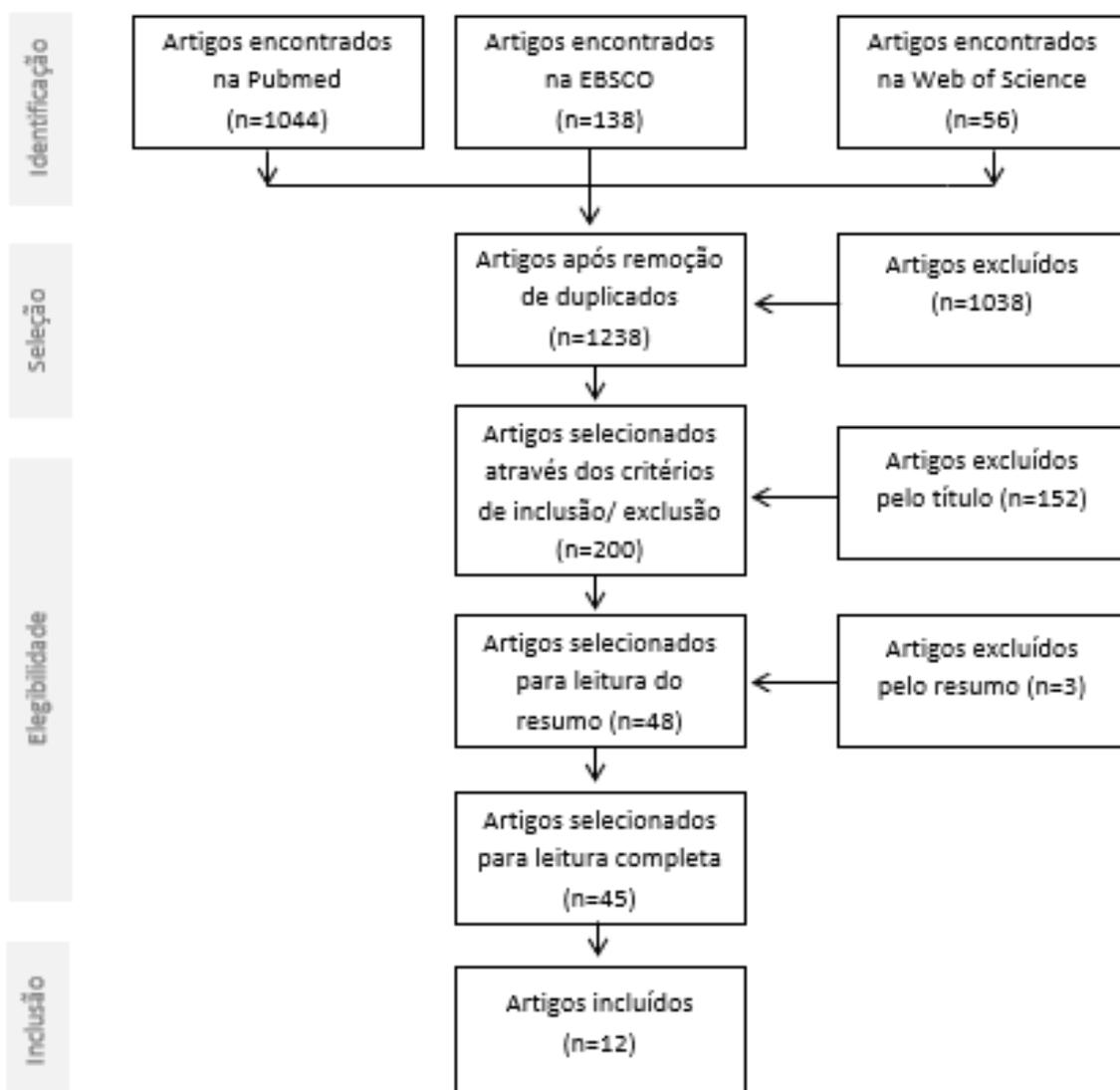
11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Opção II – Projeto

Rita Pedrosa
Nº 9480
Regente: Professor Doutor Miguel Serra
Orientador: Professora Doutora Cristina Baixinho

14 outubro 2020

Apêndice II – Cronograma de atividades

Apêndice III – Fluxograma: identificação do corpus de análise
da revisão integrativa da literatura



Apêndice IV – Corpus de análise da amostra bibliográfica

Artigo	Autores País Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo(s)	Principais resultados
The view of severely burned patients and healthcare professionals on the blind spots in the aftercare process: a qualitative study	Christiaens et al. Bélgica 2015	Estudo qualitativo n= 40 entrevistas presenciais n= 17 participantes <i>Focus Group</i>	Identificar os problemas e necessidades não conhecidas da pessoa com queimadura grave durante o processo pós-tratamento, sob a perspectiva da pessoa e dos profissionais de saúde.	As pessoas referem que beneficiariam de um processo de tratamento mais integrado. A maioria dos centros de queimados não possui um protocolo de alta por escrito, incluindo um plano de cuidados individualizado e centrado na pessoa. É relatada a descontinuidade dos cuidados: os enfermeiros não possuem formação específica, o que leva a erros ou transmissão de informação contraditória. As próprias pessoas subestimam o carácter crónico das queimaduras, principalmente no início do processo de cuidados.
A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly	Dyrstad et al. Noruega 2015	Revisão da literatura n= 30 artigos	Dar a conhecer uma visão geral dos estudos, incluindo a participação da pessoa idosa no cuidado transicional.	A participação da pessoa idosa no planeamento da alta e tomada de decisão revela-se baixa, embora fosse sua intenção participar. Os autores recomendam ter em consideração a implementação de ferramentas para apoiar a participação da pessoa com vista a melhoria do cuidado transicional da pessoa idosa.
Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong	Wong F, Yeung S China 2015	Ensaio Clínico Randomizado n= 108 participantes	Testar a eficácia de um programa de cuidados transicionais desenvolvido em quatro semanas, conduzido pelo Enfermeiro.	O grupo de intervenção apresentou melhores resultados espirituais-religiosos-pessoais, maior satisfação, maior score do Índice de Barthel Modificado e menores scores de depressão quando comparado com o grupo, menor readmissão hospitalar e recurso ao serviço de urgência.
Timeliness of Outpatient Follow-up: An Evidence-Based Approach for Planning After Hospital Discharge	Jackson et al. Estados Unidos da América 2015	Quantitativo Observacional Longitudinal n = 44.473 participantes	Testar se o risco de readmissão está associado à probabilidade do benefício de acompanhamento precoce no domicílio.	O acompanhamento dentro de 14 dias após a alta foi associado a uma redução de 1,5% em readmissões nos estratos de risco mais baixos e uma redução de 19,1% nos estratos de risco mais altos. O acompanhamento em 7 dias foi associado a redução significativa no risco de readmissão da pessoa com múltiplas patologias crónicas superior a 20%.

Artigo	Autores País Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo(s)	Principais resultados
User experience and care for older people transitioning from hospital to home	Allen et al. Austrália 2017	Estudo qualitativo n= 26 participantes	Descrever a experiência da pessoa e cuidadores na transição do hospital para a comunidade.	Todos os participantes relataram a necessidade de se tornar independentes na transição. Os participantes perceberam que uma série de processos sociais apoiava a sua independência no domicílio: relação de apoio com cuidadores, relação com profissionais de saúde, procura de informação, discussão e negociação do plano de cuidados transicionais e aprender o autocuidado.
Early supported discharge services for people with acute stroke	Langhorne P, Baylan S Reino Unido 2017	Revisão Sistemática da Literatura n =17 artigos	Comparar o atendimento convencional, à pessoa com AVC com programas de alta precoce com reabilitação implementada na comunidade.	Os serviços com uma política de alta precoce com recursos adequados, com a contribuição da equipa multidisciplinar coordenada, fornecidos para um grupo selecionado de pessoas com AVC podem reduzir a sua dependência de longo prazo e admissão a cuidados institucionais, bem como reduzir o tempo de internamento hospitalar.
Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission	Low et al. Singapura 2017	Ensaio Clínico Randomizado n=840 participantes	Avaliar a eficácia de um modelo que incorpora cuidados transicionais pré-alta hospitalar na redução da utilização dos serviços hospitalares de pessoas com maior risco de readmissão.	Aplicando o conceito de unidade de prática integrada ao programa de enfermaria virtual que incorpora intervenções de cuidados transicionais pré-hospitalares, a hospitalização foi reduzida em um terço. Combinar conceitos compatíveis na integração do cuidado pode produzir resultados sinérgicos, sendo útil outros estudos para confirmar este resultado. Os projetos de integração de cuidados devem adaptar novos conceitos promissores aos ambientes e avaliar os resultados recorrendo a estudos controlados.

Artigo	Autores País Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo(s)	Principais resultados
Reducing Readmissions among Heart Failure Patients Discharged to Home Health Care	Murtaugh et al. Estados Unidos da América 2017	Estudo regressão n = 98.730 participantes	Comparar a eficácia na redução da taxa de readmissão de pessoas com insuficiência cardíaca adotando: tratamento inicial e intensivo no domicílio com acompanhamento médico semanal; tratamento menos intenso e mais tardio.	A combinação de cuidados de enfermagem intensivos precoces e pelo menos uma visita médica na semana após a alta hospitalar reduz, nos 30 dias, o risco de readmissão hospitalar, recurso a outros cuidados de saúde e taxa de mortalidade.
The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency	Hahn-Goldberg et al. Canadá 2018	Estudo qualitativo n=27 participantes	Explorar os fatores que afetam a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações.	Os cuidadores desempenham um papel importante na transição da pessoa com doença crônica, impactando a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações para alta. Os autores destacam oportunidades para gestores e instituições para efetivar o envolvimento dos cuidadores na transição de cuidados hospitalares para o domicílio.
Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care	Chase et al. Estados Unidos da América 2019	Estudo qualitativo n=20 participantes	Explorar as experiências dos cuidadores na gestão de necessidades, no âmbito da funcionalidade, no domicílio em situação pós-aguda.	Os cuidadores desempenham um papel ativo e crítico na gestão das necessidades da pessoa idosa no regresso ao domicílio após hospitalização. A prestação de cuidados do enfermeiro, no domicílio, foca-se no apoio e treino dos cuidadores. Compreender a percepção dos cuidadores sobre as suas atividades e o seu papel na gestão das necessidades da pessoa nas transições de cuidados podem fomentar novas pesquisas e práticas futuras no contexto pós-agudo.

Artigo	Autores País Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo(s)	Principais resultados
Comparisons of readmissions and mortality based on post-discharge ambulatory follow-up services received by stroke patients discharged home: a register-based study	Swanson JO, Moger TA Noruega 2019	Quantitativo Observacional Longitudinal n = 3060 participantes	Comparar a readmissão e mortalidade com base no acompanhamento da pessoa com AVC no domicílio, após alta hospitalar.	Não existiram diferenças significativas nas taxas de readmissão face ao acompanhamento precoce. As pessoas com apoio de enfermagem no domicílio e/ou reabilitação tiveram maiores taxas de readmissão aos 90 e 365 dias, em relação ao grupo sem esse suporte. Não houve diferenças significativas em taxas de mortalidade de acordo com o acompanhamento. As pessoas com cuidados de reabilitação tiveram maior taxa de mortalidade, enquanto a mortalidade de pessoas apenas com apoio de enfermagem no domicílio não diferiu daqueles sem suporte. Identifica-se, no entanto, várias limitações do estudo, como por exemplo: dificuldade de acesso a dados da amostra atualizados, foram interpretados dados sobre existência ou ausência de cuidados domiciliários (não sendo interpretada a extensão desses cuidados, podendo diferir a partir daí a probabilidade de readmissão ou mortalidade).
Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Hospitalized Patients for Heart Failure	Van Spall et al. Canadá 2019	Ensaio Clínico Randomizado n=2494 participantes	Testar a eficácia do Cuidado Transicional centrado na pessoa com insuficiência cardíaca hospitalizada.	Nas pessoas com insuficiência cardíaca em Ontário (Canadá) a implementação de um modelo de cuidado transicional centrado na pessoa em comparação com o cuidado tradicional não revelou melhorias nos resultados clínicos. São necessárias mais pesquisas para testar a eficácia deste tipo de intervenção podendo ser eficaz em outros sistemas ou locais.

Apêndice V – Instrumento de recolha de dados (guião *Focus Group*)

Cuidados Transicionais de Enfermagem de Reabilitação

PLANEAMENTO DO *FOCUS GROUP*

Domínio 1: Equipa de investigação e reflexividade	
Características Pessoais	<p><u>Entrevistador 1:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p> <p><u>Entrevistador 2:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p> <p><u>Entrevistador 3:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p> <p><u>Entrevistador 4:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p> <p><u>Entrevistador 5:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p> <p><u>Entrevistador 6:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Tempo de experiência profissional superior a 10 anos enquanto Enfermeiro.</p>

	<p><u>Moderador 1:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 2-5 anos; Tempo de experiência profissional enquanto Enfermeiro 5-10 anos.</p> <p><u>Moderador 2:</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação <u>Sexo:</u> Feminino <u>Experiência:</u> Tempo de experiência superior enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação superior a 10 anos; Tempo de experiência profissional enquanto Enfermeiro superior a 10 anos.</p>
Relação com os participantes	<p><u>Relação prévia com os participantes:</u> Inclusão no Projeto Transição Segura.</p> <p><u>Conhecimento prévio dos participantes acerca do investigador:</u> Existem participantes com relação profissional com o investigador</p>
Domínio 2: Desenho do estudo	
Quadro teórico	<p><u>Orientação metodológica e teórica para o estudo:</u> Estudo de caso onde será constituído um <i>Focus Group</i></p>
Seleção dos participantes	<p><u>Participantes:</u> EEER de uma unidade hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo e ACES da área geográfica abrangente pela unidade hospitalar</p> <p><u>Recrutamento:</u> serão contactados via telefónica ou via email pelo investigador</p> <p><u>Tamanho do grupo:</u> 8-12 participantes e 2 moderadores</p> <p><u>Quantas pessoas recusaram:</u> 6</p>
Contexto	<p><u>Local de colheita de dados:</u> Dado o contexto atual de pandemia, o focus-grupo realizar-se-á on-line.</p> <p><u>Características dos participantes:</u> EEER de uma unidade hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo e ACES da área geográfica abrangente pela unidade hospitalar</p>
Colheita de dados	<p><u>Guia do focus grupo:</u> Anexo</p> <p><u>Data para as entrevistas:</u> 01 abril 2021</p> <p><u>Gravação:</u> Vídeo e áudio</p> <p><u>Notas de campo:</u> realizadas por um dos moderadores durante o <i>Focus Group</i></p> <p><u>Duração:</u> 1h-1,5h</p>
Domínio 3: Análise e Resultados	
Análise de dados	<p><u>Número de códigos gerados:</u> 16 códigos livres</p> <p><u>Software:</u> WebQDA</p> <p><u>Verificação pelos participantes:</u> Os resultados serão apresentados aos participantes e será obtido <i>feedback</i></p>
Relatório	<p><u>Apresentação de citações dos participantes:</u> os resultados serão ilustrados com citações dos participantes (identificados por um número)</p> <p><u>Os temas major são claramente apresentados:</u> dificuldades no acesso aos cuidados; dificuldade na articulação; ganhos com o cuidado transicional; intervenção do EEER na pessoa, família e pares; necessidades e dificuldades sentidas pelos EEER no cuidado transicional.</p>

Anexo – Guião do *Focus Group*

A – Questionário demográfico (enviado por email, junto com convite e solicitada resposta)

1. Idade:
2. Sexo : Masculino Feminino Outro
3. Quantos anos de experiência tem como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação?
 <1 ano 1-2 anos
 2-5 anos 5-10 anos
 > 10 anos
4. Quantos anos de experiência profissional tem como Enfermeiro?
 <1 ano 1-2 anos
 2-5 anos 5-10 anos
 > 10 anos
5. Instituição onde exerce funções
 Unidade hospitalar
 ACES
6. Serviço onde exerce funções:
7. Participação no Projeto Transição Segura
 Participei ativamente em um dos Projetos
 Participei em reuniões
 Participei em Jornadas

B - Discussão

Boas-vindas do facilitador, introdução e instruções aos participantes

Bem-vindos e obrigado por se voluntariarem para fazer parte deste grupo focal. Cada um dos presentes foi convidado a participar porque o seu ponto de vista é importante. Sabemos que a realidade atual compromete ainda mais o vosso tempo e, por isso, agradecemos a disponibilidade em participar neste momento.

Anonimato: Apesar de estar preconizada a gravação para tratamento de dados, gostaria de assegurar que o conteúdo da discussão será anonimizado, assegurando que este material será transcrito e após terminado o estudo, no final de 5 anos, será destruído. As notas transcritas do grupo focal não conterão nenhuma informação individual, apelando que cada um responda/comente da forma mais precisa, envolvida e verdadeira possível. Se existir alguma questão ou discussão que não pretenda responder, não necessita fazê-lo.

Regras básicas

- A regra mais importante é que fale apenas uma pessoa de cada vez para que seja perceptível a gravação do áudio;
- Não existem respostas certas ou erradas;
- Não precisa intervir em nenhuma ordem específica, quando tiver algo a dizer, por favor, diga. É importante obter as opiniões de cada um;
- Não precisa concordar com os pontos de vista de outras pessoas no grupo, o objetivo será partilhar o ponto de vista de cada um;
- Apresentar facilitador/relatores;
- Proporcionar momento para esclarecimento de dúvidas

Quebra-gelo

- Primeiro, gostaria que todos se apresentassem, fazendo referência ao nome e local onde exerce funções.

Questão introdutória

Vou dar-lhe alguns minutos para pensar sobre a experiência de prestação de cuidados especificamente no cuidado transicional do adulto/idoso dependente. Saliento que as intervenções para a gestão da transição do hospital para casa podem acontecer em três momentos: durante o internamento (antes da pessoa sair do hospital), no momento da alta hospitalar e por último, no período de 48 horas até 30 dias após a alta, daí termos envolvido colegas no contexto hospitalar e colegas dos cuidados de saúde primários.

Alguém gostaria de partilhar a sua experiência? Qual é a realidade que experienciam?

Outras questões:

Questão	O que pretendo saber?
Quais as intervenções de reabilitação que garantem o cuidado transicional de reabilitação à pessoa adulta/ idosa dependente no regresso a casa após internamento hospitalar? O que sentem atualmente como desafio?	Importa não só o que consideram fulcral para a transição, mas também quais as dificuldades/barreiras
Pensar a continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade em termos de intervenção do EEER implica definir critérios para essa continuidade: 1 – Que critérios associados à pessoa dependente devem ser tidos em conta? 2 – Consideram que é possível pensar essa continuidade em termos de cuidador? Quais os critérios/condições associados ao cuidador que justificam a intervenção do EEER na transição do hospital para a comunidade?	Ficar claro que devem ser abordadas as necessidades de continuidade de cuidados que identificam nos momentos alta e regresso a casa (quer no contexto hospitalar, quer no contexto da comunidade) Abordar a eventual exaustão do cuidador - o papel do enfermeiro de reabilitação; o contributo na otimização das condições da habitação
Em termos de avaliação e gestão de risco e sintomas o que justifica o cuidado transicional ao nível da Enfermagem de Reabilitação Qual poderá ser a melhor forma de monitorização da transição dos cuidados?	Visita domiciliária? Consulta telefónica? Consulta de enfermagem?
Como veem a articulação entre o EEER do hospital e o da comunidade? Podem sugerir modelos para essa articulação? Que estratégias podem resultar numa melhor coordenação entre nos níveis de cuidados de forma a aumentar também a eficiência do sistema de saúde?	explorar a articulação entre EEER e os Enfermeiros de Cuidados Gerais O que sente cada uma das realidades para melhorar a coordenação (a literatura diz que deverá existir um modelo de carta de alta, educação para a saúde, monitorização e <i>follow up</i>)
Em relação à informação escrita que deve acompanhar o doente o que faz falta para os colegas da comunidade? Que informação sentem como essencial na transição de cuidados? Na admissão hospitalar ou regresso a casa. [como sugerem que aconteça de forma segura?]	Também se sente o contrário - nas admissões hospitalares falta muita informação sobre o estado prévio, com quem reside, que apoios já existem na família, etc
Como garantir a segurança da informação?	
No caso de existir um instrumento para avaliar a necessidade de continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade que indicadores ele deveria conter? E para o cuidador informal?	
Que indicadores de qualidade poderão ser identificados na transição de cuidados de enfermagem de reabilitação?	A literatura sugere indicadores funcionais, destino da alta, sintomatologia

Apêndice VI – Revisão Integrativa da Literatura (REBen)



REVISÃO

Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem

RESUMO

Objetivo: Identificar as necessidades, elementos facilitadores e dificultadores, de cuidados transicionais de reabilitação **Métodos:** Revisão Integrativa da Literatura para responder à questão “Quais as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/idosa dependente no regresso a casa após internamento hospitalar?”. **Resultados:** Existe uma baixa participação da pessoa no seu planeamento da alta e na tomada de decisão no regresso a casa. Os cuidadores informais referem distanciamento dos profissionais durante o internamento e que a realização de ensinamentos é tardia. Os profissionais de saúde envolvidos apontam como dificuldades a falta de tempo da equipe para este cuidado. **Considerações Finais:** É fulcral garantir formação, acompanhamento e coordenação entre níveis de cuidados. A integração de cuidados pode reduzir o tempo de internamento e complicações pós-alta. O cuidado transicional contribui para um sistema de saúde sustentável, o incremento da qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes.

Descritores: Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Paciente; Prática Avançada de Enfermagem; Hospitalização; Alta do Paciente.

Descriptors: Transitional Care, Continuity of Patient Care, Advanced Practice Nursing, Hospitalization, Patient Discharge.

Descriptores: Cuidado de Transición; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería de Práctica Avanzada; Hospitalización; Alta del Paciente.

INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de doenças crônicas e doenças incapacitantes na população acarreta consigo a necessidade de internamento hospitalar, transição entre níveis de cuidados e necessidade de adaptação no regresso ao domicílio. É inquestionável a necessidade de adequar a resposta dos Sistemas de Saúde de forma a combater a possível fragmentação de cuidados que se pode manifestar através de orientações de tratamento confusas para a pessoa (com uma forte probabilidade de erros e duplicações), num seguimento desadequado, assim como na falta de preparação/informação da pessoa e dos cuidadores informais. É, por isso, fundamental diminuir a assimetria de informação entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde e a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde⁽¹⁻²⁾.

Desde o ano 2016 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a problemática e sugere estratégias e políticas de intervenção para a consolidação dos serviços de saúde centrados na pessoa, nomeadamente através da: capacitação da pessoa e comunidade; do reforço da gestão e responsabilidade (quer com a participação do cidadão na reformulação das políticas de cuidados, quer na harmonização das estratégias entre sector público e privado, por exemplo); da reorganização do modelo de cuidados; da coordenação dos serviços multissetoriais de acordo com as necessidades e procura das pessoas; da promoção de um ambiente propício à implementação das estratégias transformacionais anteriores⁽³⁾. Para tal a OMS destaca como prática prioritária o desenvolvimento de cuidados transicionais sustentado em enfermagem de prática avançada, sendo o impacto deste modelo de cuidados muito claro. Desta forma é possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão, gerir os cuidados a partir do domicílio, por exemplo, obter *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios do que os conseguidos com as pessoas que se encontram em internamento hospitalar, reforçando uma redução de custos, com um impacto de, sensivelmente, 17%⁽³⁾.

Nesse sentido, destaca-se o cuidado transicional como uma resposta pertinente às necessidades de saúde, o qual pode ser definido como um conjunto de ações que visam assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre os diferentes níveis de cuidados ou transferência de local onde decorre a sua prestação. Nessa situação, pode existir alteração no estado funcional ou de saúde do cliente, principalmente na população idosa, necessitando, o mesmo, de ser preparado para a nova situação⁽⁴⁾.

Indubitavelmente as transições de saúde-doença que geram dependência, não permitindo a recuperação funcional para os níveis pré-hospitalização, implicam toda uma adaptação da pessoa à sua nova situação de dependência e da família para garantir o autocuidado após o regresso a casa⁽⁵⁾.

Os estudos demonstram os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente uma maior capacidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas e, por isso, uma adequada individualização do cuidado; melhoria da relação entre clientes-família e prestadores de cuidados; redução do uso indevido dos serviços de saúde e, por isso, uma eventual redução dos custos; aumento de satisfação dos clientes com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho ^(1,4-5).

Outra área de consenso é a necessidade de introdução de instrumentos que avaliem as necessidades da pessoa ⁽⁵⁻⁶⁾ para individualizar a intervenção dos cuidadores que asseguram o cuidado à pessoa dependente neste período de tempo. Curiosamente a maioria dos estudos centram a sua atenção em dois contextos estanques - hospital ou comunidade, sem a discussão da continuidade de cuidados relacionada com a transição entre estes dois níveis de cuidados ⁽⁶⁾.

As pesquisas sobre o cuidado transicional que permite a continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação são escassos e não sistematizam a intervenção dos profissionais, o que tem implicações no desenvolvimento de políticas de saúde para a continuidade de cuidados de reabilitação. Na verdade, são escassos os estudos publicados com foco nos cuidados de reabilitação.

OBJETIVO

Identificar as necessidades, elementos facilitadores e dificultadores, de cuidados transicionais de reabilitação.

MÉTODO

Aspetos éticos

Esta é uma revisão da literatura que utilizou como amostra artigos e não seres humanos. Como tal não foi solicitado parecer à Comissão de Ética. Todavia os pesquisadores nortearam a sua pesquisa com respeito pelos princípios da integridade. A elaboração da questão e o protocolo do estudo respeitaram os princípios da clareza, precisão, objetividade e delimitação possibilitando rigor nos resultados e a sua apropriação para a clínica e políticas de saúde sobre o tema. Foi garantido o rigor nos diferentes procedimentos metodológicos para assegurar a validade do estudo. A extração e a análise dos dados da amostra bibliográfica foram realizadas por dois investigadores independentes, com o devido respeito pela pesquisa e resultados obtidos pelos outros investigadores. Também a referenciação dos autores que suportaram a elaboração deste artigo seguiram as recomendações da boa prática académica e científica.

Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Nesse sentido procedeu-se à aplicação de um protocolo pré-definido de seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, (3) definição das informações a serem extraídas, (4) avaliação dos artigos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento ⁽⁷⁾.

Para responder à questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa no regresso a casa após internamento hospitalar?” utilizou-se a mnemónica PICo.

Critérios de inclusão e estratégia de pesquisa

Foram definidos como critérios de elegibilidade: participantes com idade superior a 18 anos; identificação do domicílio como destino de alta hospitalar; Índice de Barthel com score igual ou inferior a 90; estudos quantitativos ou qualitativos; artigos que incluíssem pelo menos reavaliação das intervenções até 30 dias após a alta clínica; artigos publicados entre 2015-2020 com texto integral disponibilizado gratuitamente; idioma em português, espanhol ou inglês. O critério para a definição de um limite temporal de 2015 a 2020 prendeu-se com a atualidade dos resultados.

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados eletrónicas EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), Pubmed e Web of Science, considerando ser as mais adequadas ao objetivo do estudo por incluírem artigos na área da saúde e das ciências sociais.

Os descritores foram adequados a cada uma das bases, nomeadamente: *Transitional Care, Patient Transfer, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Physical and Rehabilitation Medicine, aged and adult* (para a pesquisa em Cinahl e Medline) e *transitional care, readiness discharge, discharge planning, patient discharge, continuity of care, continuity of patient care, continuous care, patient rehabilitation, rehabilitation nursing, rehabilitation care, physical rehabilitation, rehabilitation, rehabilitation health, rehabilitation therapy, rehabilitation treatment, rehabilitation medicine, rehabilitative intervention, rehabilitative, dependent patients, dependent person, adult, elderly, elderly adults, elderly patients, elderly person, aged, aged human, nurs** (para a pesquisa em Pubmed e Web of Science).

Os títulos, resumos e artigos completos foram analisados por dois investigadores independentes de forma a garantir que os estudos relevantes eram considerados de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Coleta e organização dos dados

Com base na questão orientadora a pesquisa foi desenvolvida entre outubro e dezembro de 2020.

Foram identificados 138 artigos na EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), 1044 na Pubmed e 56 na Web of Science, traduzindo-se em 1238 artigos potencialmente relevantes. Não se identificaram artigos em duplicado. Com base nos critérios de inclusão foram excluídos 1038.

Dos 200 artigos selecionados e através da sua análise pelos investigadores independentes, pela leitura do título foram excluídos 152 artigos e 3 pela leitura do resumo. Após a leitura completa, foram incluídos para a presente revisão 11 artigos que respondem a questão de investigação.

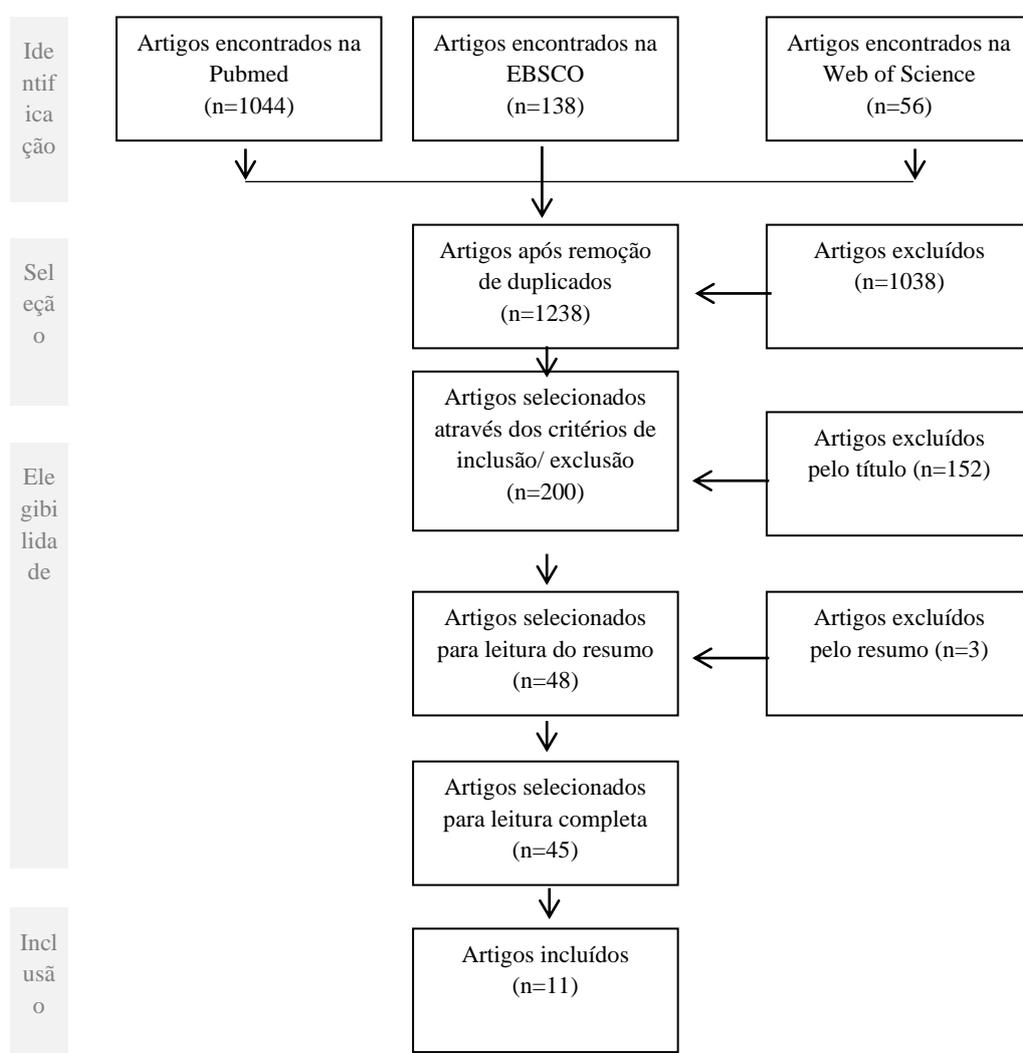


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos. Lisboa; Portugal. 2021.

Análise dos achados

A síntese temática foi utilizada no presente estudo para explorar a questão de pesquisa. Cada artigo foi resumido e organizado de acordo com os seguintes itens: identificação do estudo (autor, ano de publicação, país), objetivo, tipo de estudo, amostra e resultados.

No sentido de sistematizar a informação obtida, os resultados dos artigos que permitem responder à questão de investigação foram extraídos e submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin⁽⁸⁾. Dois investigadores realizaram a codificação, a qual foi posteriormente aferida pela equipa de investigação, constituída por dois elementos, para aumentar a fidedignidade.

RESULTADOS

Dos estudos constituintes da amostra bibliográfica (Quadro 1) três foram publicados em 2015⁽⁹⁻¹¹⁾, quatro em 2017⁽¹²⁻¹⁵⁾, um em 2018⁽¹⁶⁾ e três em 2019⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Dois deles são revisões de literatura com metodologia científica^(9,13). Os estudos primários distribuem-se por abordagens qualitativas^(12,16-17) e quantitativas, contemplando estudos observacionais longitudinais^(11,18) e ensaios clínicos randomizados^(10,14-15,19). Não obstante, apesar das diferenças entre elas e da metodologia que utilizam, a interpretação das fontes permite dar resposta à questão de investigação.

A disparidade geográfica dos artigos é acentuada: dois deles são noruegueses^(9,18), dois canadianos^(16,19), dois do Reino Unido^(13,14), dois dos Estados Unidos da América^(11,17), um da China⁽¹⁰⁾, um australiano⁽¹²⁾ e um de Singapura⁽¹⁵⁾.

Quadro 1 – Estudos constituintes da amostra bibliográfica, Lisboa; Portugal. 2021.

Referência	País Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo	Desfechos
E1 ⁽⁹⁾	Noruega 2015	Revisão literatura n= 30 artigos	Dar a conhecer dos estudos, incluindo a participação da pessoa idosa no cuidado transicional	A participação da pessoa idosa no planeamento da alta e tomada de decisão revela-se baixa, embora fosse sua intenção participar. Os autores recomendam ter em consideração a implementação de ferramentas para apoiar a participação da pessoa com vista a melhoria do cuidado transicional da pessoa idosa.

E2 ⁽¹⁰⁾	China 2015	Ensaio Clínico Randomizado n= 108	Testar a eficácia de um programa de cuidados transicionais desenvolvido em quatro semanas, conduzido pelo Enfermeiro	O grupo de intervenção apresentou melhores resultados espirituais-religiosos-pessoais, maior satisfação, maior <i>score</i> do Índice de Barthel Modificado e menores <i>scores</i> de depressão quando comparado com o grupo, menor readmissão hospitalar e recurso ao serviço de urgência.
E3 ⁽¹¹⁾	Estados Unidos da América 2015	Quantitativo Observacional Longitudinal n=44,473 participantes	Testar se o risco de readmissão está associado à probabilidade do benefício de acompanhamento precoce no domicílio	O acompanhamento dentro de 14 dias após a alta foi associado a uma redução de 1,5% em readmissões nos estratos de risco mais baixos e uma redução de 19,1% nos estratos de risco mais altos. O acompanhamento em 7 dias foi associado a redução significativa no risco de readmissão da pessoa com múltiplas patologias crônicas superior a 20%.
E4 ⁽¹²⁾	Austrália 2017	Estudo qualitativo n= 26 participantes	Descrever a experiência da pessoa e cuidadores na transição do hospital para a comunidade	Todos os participantes relataram a necessidade de se tornar independentes na transição. Os participantes perceberam que uma série de processos sociais apoiava a sua independência no domicílio: relação de apoio com cuidadores, relação com profissionais de saúde, procura de informação, discussão e negociação do plano de cuidados transicionais e aprender o autocuidado.
E5 ⁽¹³⁾	Reino Unido 2017	Revisão Sistemática da Literatura n =17 artigos	Comparar o atendimento convencional, à pessoa com AVC com programas de alta precoce com reabilitação implementada na comunidade.	Os serviços com uma política de alta precoce com recursos adequados, com a contribuição da equipa multidisciplinar coordenada, fornecidos para um grupo selecionado de pessoas com AVC podem reduzir a sua dependência de longo prazo e admissão a cuidados institucionais, bem como reduzir o tempo de internamento hospitalar.

E6 ⁽¹⁴⁾	Reino Unido 2017	Ensaio Clínico Randomizado n= 250 participantes	Comparar a eficácia clínica e de custo de Reabilitação na Comunidade e Cuidado Transicional relativamente aos cuidados de reabilitação hospitalar tradicional	Não existiu diferença significativa no tempo de permanência quanto às estratégias de intervenção nos dois grupos. Dos participantes que tiveram alta hospitalar, 17% e 13% foram readmitidos dentro de 28 dias, respetivamente. Não existiram diferenças significativas em qualquer um dos outros resultados secundários entre os dois grupos. A diferença de custo associado entre as duas estratégias de intervenção foi estimada em 144 libras.
E7 ⁽¹⁵⁾	Singapura 2017	Ensaio Clínico Randomizado n=840 participantes	Avaliar a eficácia de um modelo que incorpora cuidados transicionais pré-alta hospitalar na redução da utilização dos serviços hospitalares de pessoas com maior risco de readmissão.	Aplicando o conceito de unidade de prática integrada ao programa de enfermaria virtual que incorpora intervenções de cuidados transicionais pré-hospitalares, a hospitalização foi reduzida em um terço. Combinar conceitos compatíveis na integração do cuidado pode produzir resultados sinérgicos, sendo útil outros estudos para confirmar este resultado. Os projetos de integração de cuidados devem adaptar novos conceitos promissores aos ambientes e avaliar os resultados recorrendo a estudos controlados.
E8 ⁽¹⁶⁾	Canadá 2018	Estudo qualitativo n=27 participantes	Explorar os fatores que afetam a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações	Os cuidadores desempenham um papel importante na transição da pessoa com doença crónica, impactando a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações para alta. Os autores destacam oportunidades para gestores e instituições para efetivar o envolvimento dos cuidadores na transição de cuidados hospitalares para o domicílio.

E9 ⁽¹⁷⁾	Estados Unidos da América 2019	Estudo qualitativo n=20 participantes	Explorar as experiências dos cuidadores na gestão de necessidades, no âmbito da funcionalidade, no domicílio em situação pós-aguda.	Os cuidadores desempenham um papel ativo e crítico na gestão das necessidades da pessoa idosa no regresso ao domicílio após hospitalização. A prestação de cuidados do enfermeiro, no domicílio, foca-se no apoio e treino dos cuidadores. Compreender a percepção dos cuidadores sobre as suas atividades e o seu papel na gestão das necessidades da pessoa idosa em todas as transições de cuidados podem fomentar novas pesquisas e práticas futuras no contexto pós-agudo.
E10 ⁽¹⁸⁾	Noruega 2019	Quantitativo Observacional Longitudinal n = 3060 participantes	Comparar a readmissão e mortalidade com base no acompanhamento da pessoa com AVC no domicílio, após alta hospitalar	Não houve diferenças significativas nas taxas de readmissão face ao acompanhamento precoce. As pessoas com apoio de enfermagem no domicílio e/ou reabilitação tiveram maiores taxas de readmissão aos 90 e 365 dias, em relação ao grupo sem esse suporte. Não houve diferenças significativas em taxas de mortalidade de acordo com o acompanhamento. As pessoas com cuidados de reabilitação tiveram maior taxa de mortalidade, enquanto a mortalidade de pessoas apenas com apoio de enfermagem no domicílio não diferiu daqueles sem suporte.
E11 ⁽¹⁹⁾	Canadá 2019	Ensaio Clínico Randomizado n=2494 participantes	Testar a eficácia do Cuidado Transicional centrado na pessoa com insuficiência cardíaca hospitalizada	Nas pessoas com insuficiência cardíaca em Ontário (Canadá) a implementação de um modelo de cuidado transicional centrado na pessoa em comparação com o cuidado tradicional não revelou melhorias nos resultados clínicos. São necessárias mais pesquisas para testar a eficácia deste tipo de intervenção podendo ser eficaz em outros sistemas ou locais.

A análise de conteúdo, aos artigos da amostra bibliográfica, permitiu a identificação das seguintes categorias: a pessoa alvo de cuidados transicionais; a família envolvida na transição de cuidados; os profissionais de saúde; estratégias de ação e políticas de saúde.

A pessoa alvo de cuidados transicionais

A participação e a tomada de decisão da pessoa com dependência são dois focos comuns em várias das investigações que integraram a revisão. Embora a participação da própria pessoa esteja incluída em políticas de saúde e embora fosse sua intenção estar envolvida na transição de cuidados, a população idosa demonstra uma baixa participação no planejamento de alta e tomada de decisão. Existem situações descritas em que clientes não tiveram oportunidade de participar nas reuniões familiares, existindo falta de consentimento informado e ausência de clareza no propósito das mesmas reuniões – em oposição, as reuniões com o cliente e família acarretavam consigo um sentimento de gratidão, compreendendo o objetivo de coordenar recursos e aumentar o envolvimento do próprio, apesar do desconforto quando da exposição das suas incapacidades. Os estudos integrados fazem, ainda, referência a que metade das pessoas relatou não receber informações úteis sobre o seu autocuidado, valorizando a sua preparação nos programas de educação para a saúde que incluem sinais de alerta que podem levar a readmissão, plano de gestão terapêutica e educação sobre o seu uso adequado⁽⁹⁾.

A independência mantém-se como um dos desejos principais da própria pessoa, cuja resposta envolve um esforço integrado nos vários níveis de cuidados, por se revelar uma necessidade de cuidado contínuo e objetivo de recuperação. A independência demonstra-se igualmente relevante para a população idosa que vive em comunidade, independentemente de possuir previamente suporte⁽¹²⁾.

Outra pesquisa observa que esse período é caracterizado por ansiedade, sendo ambígua a percepção sobre os momentos de educação e treino. Se por um lado as pessoas com patologias agudas referem existir demasiada informação e instrução no momento de alta, às pessoas com patologias crónicas é indicativo de uma transição bem-sucedida a sua capacidade para reter, compreender e cumprir as instruções. Os mesmos autores referem que o sucesso no processo de educação para a saúde parece estar associado ao envolvimento dos cuidadores. É valorizado pelo cliente e pela família o envolvimento na transição de cuidados, demonstrando que as pessoas sem cuidador informal manifestaram uma dificuldade acrescida em aderir às consultas de acompanhamento, muitas das vezes identificando más experiências e desespero ao discutir a sua realidade em situação pós-aguda⁽¹⁶⁾.

A família envolvida na transição de cuidados

O envolvimento do familiar cuidador pode ser categorizado pelos diversos papéis onde se destacam: providenciar assistência (associado a tarefas médicas como administrar terapêutica e tarefas domésticas como cozinhar ou conduzir em deslocamentos), advogado da pessoa (num papel defensor de forma a garantir as necessidades e desejos da pessoa, questionar uma decisão médica ou solicitação de recursos), vigilância (identificação de sinais e sintomas de alarme), proporcionar conforto (conferindo um ambiente e experiência agradáveis, reduzindo a ansiedade da pessoa) e tradutor (na adequação da linguagem entre a pessoa e profissional de saúde)⁽¹⁶⁾.

Reconhecendo o desempenho de um papel ativo e crítico na gestão das necessidades, existem autores que afirmam que os cuidadores informais apesar de reconhecerem a evolução da pessoa idosa e eventual agravamento da situação, identificam idênticas necessidades de cuidados, com um agravamento da dependência. Os próprios cuidadores descrevem que os seus papéis e desafios se encontram aumentados após o período de internamento hospitalar e estão relacionados com a incapacidade motora da pessoa, especialmente com a falta de equilíbrio, limitação da força, dor e com as preferências da pessoa (situações específicas de idosos que sempre disseram que não gostariam de ser cuidados por terceiros). É ainda mencionado pelo cuidador a sensação de isolamento, descrevendo a necessidade de cuidar primeiro da pessoa e só depois de si próprio, como resultado de uma obrigação ou retribuição de amor⁽¹⁷⁾.

Em relação à articulação com os profissionais de saúde, os cuidadores referem que a sua preparação provém de experiências anteriores, apontando o seu distanciamento no período de internamento, sentindo-se impossibilitados de colocar questões sobre a situação de saúde e cuidados a prestar, considerando tardia a realização de ensinamentos e ausência de informação escrita. Já no regresso a casa, os cuidadores sentem necessidade de perseguir os profissionais de saúde para que possam intervir quando necessário, permanecendo atentos ao trabalho dos profissionais durante os cuidados domiciliários de forma a compreender quais as reais necessidades de saúde (como por exemplo na eliminação de barreiras arquitetónicas, ou seleção de produtos de apoio como bengala ou andarilho)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os profissionais de saúde

Em 2015 um estudo identificou que o sucesso do cuidado transicional se encontrava dependente da reintegração dos fragmentos dos cuidados à medida que a pessoa transpõe diferentes fases do ciclo de cuidados. Afirmando que equipas multidisciplinares por si só

demonstraram não ser suficientes, os profissionais necessitam de formação e treino para a implementação da participação da pessoa no seu empoderamento⁽⁹⁾.

Por outro lado, sendo a independência uma necessidade descrita pela pessoa, os cuidados transicionais ideais devem focar-se nessa necessidade e desejo, bem como na comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos com foco na avaliação no momento de alta hospitalar, plano de cuidados, preparação da pessoa e cuidador para a transição, gestão terapêutica no domicílio e educação da pessoa para a sua autogestão. Na verdade, algumas pessoas e cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais de saúde, consentindo que se pode ter refletido na descoordenação de cuidados, e salientado como exemplos a não apresentação dos médicos e enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados, a não divulgação do diagnóstico ou a não abordagem da continuidade dos tratamentos. Estas situações contribuem para uma confiança menor por parte da pessoa e cuidador⁽¹²⁾.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde são apontados como fatores dificultadores para a integração e coordenação dos cuidados e envolvimento da família: a falta de tempo da equipa para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta⁽¹⁶⁾.

Estratégias de ação e políticas de saúde

Uma revisão da literatura identifica algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional que potenciam a participação da pessoa no seu planeamento de alta e reabilitação, salientando-se as reuniões familiares como estratégia para a integração da pessoa no seu programa de cuidados, bem como o plano de alta. Quanto a este aspeto, estudos demonstram que devem ser incluídos temas como gestão terapêutica, existência de resposta dos cuidados de saúde primários, capacidade para *follow-up* e educação para sinais e sintomas de alerta que indicam agravamento da situação. Neste sentido, o programa de educação para a saúde apresenta-se como uma ferramenta facilitadora, devendo incluir o ensino de sinais e sintomas de alerta que possam levar à readmissão hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica⁽⁹⁾.

A *checklist* emerge igualmente como uma ferramenta na transição entre níveis de cuidados, devendo incluir temas como garantir o transporte seguro do hospital para o domicílio, capacidade económica para aquisição terapêutica, acesso a cuidados de saúde, necessidade de produtos de apoio, existência de uma pessoa de referência próxima com responsabilidade e com capacidade para garantir o cuidado⁽⁹⁾.

Frequentemente as pessoas consideram a sua alta precoce e descrevem dificuldade em gerir a sua situação de saúde no regresso a casa. Neste sentido, as visitas domiciliárias

fomentando a envolvimento da família e cuidadores informais e a inclusão do desejo da pessoa no processo de tomada de decisão, demonstraram ter resultados na readaptação no regresso a casa, sugerindo por esse motivo um modelo de cuidados definido pela pessoa para a sua tomada de decisão e facilitar a sua participação no dia-a-dia⁽⁹⁾.

Um estudo desenvolvido na China demonstrou a eficácia de um programa de cuidados transicionais de quatro semanas liderado por Enfermeiros (e onde se preconiza a existência de um enfermeiro gestor de cuidados holísticos, com formação e treino). O programa envolveu uma avaliação holística pré-alta e planeamento de cuidados de forma estruturada nas quatro semanas pós-alta, incluindo reuniões familiares, visitas domiciliárias, contactos telefónicos, salientando-se a existência de reunião familiar antes da alta clínica, visita domiciliária semanal (sugerindo-se o início de cada semana) e contacto telefónico semanal (sugerindo-se o final da semana). O estudo demonstrou existir diferenças significativas na qualidade de vida (nos domínios físico e mental), ainda que apenas o domínio físico tenha demonstrado interação significativa entre tempo e efeito da intervenção. O grupo de pessoas onde foi aplicado o programa de cuidados transicionais demonstrou melhores resultados a nível espiritual e religioso, maior grau de satisfação, maior ganho visível pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo, menor taxa de readmissão e menor recurso ao serviço de urgência⁽¹⁰⁾.

O benefício associado ao acompanhamento no domicílio pode ser variável segundo a complexidade da situação de saúde da pessoa. O *follow-up* num período de sete dias foi associado a uma redução substancial do risco de readmissão em pessoas com elevada complexidade clínica (e que corresponderia a uma maior probabilidade desse acontecimento); em situações em que se preveja que o risco de readmissão seja superior a 20%, os estudos revelam que pode ser evitada uma readmissão em cada cinco pessoas a quem tenha sido realizado *follow-up* num período de catorze dias. Ainda assim, importa refletir que o estudo demonstra limitações como não contextualizar preditores de readmissões como o estado funcional, literacia em saúde, contexto social e suporte familiar e/ou de cuidador⁽¹¹⁾.

Um programa de alta precoce com recursos adequados e coordenados permite às equipas de saúde oferecer um plano de ação eficaz, nomeadamente em situações de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sugerindo a consideração a Unidades AVC como prestação de cuidados adicional, demonstrando ser eficaz relativamente ao conjunto de ações padrão em cuidados de unidade desta tipologia. Segundo os mesmos autores, o benefício dos programas de alta precoce advém de uma equipa multidisciplinar cujo trabalho deve ser coordenado através de reuniões regulares. A composição da equipa multidisciplinar deve contemplar profissionais de várias áreas de intervenção como fisioterapia, terapia

ocupacional, terapia da fala, equipa de apoio médico, enfermagem e assistente social. Embora não seja possível encontrar evidência de que a configuração do serviço hospitalar ou da comunidade influencie resultados (exceto o tempo de internamento em que parece não existir diferença significativa com foco na reabilitação na população idosa), todas as equipas relatadas possuem na sua constituição um especialista em AVC ou reabilitação, ou ambos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Um estudo desenvolvido em Noruega comparou as pessoas em fase pós-aguda por AVC que tiveram acesso a *follow-up* após a alta e um grupo de pessoas que não tiveram acesso a essa estratégia, concluindo-se que não existiu qualquer diferença na readmissão hospitalar (salientando que os motivos de readmissão não se encontravam diretamente relacionadas com AVC), existindo diferença significativa na taxa de mortalidade nas pessoas que tiveram acompanhamento após alta clínica. Tal como o estudo anterior, e apesar dos seus pontos fortes, são apresentadas pelos autores limitações como a incapacidade de aceder a informação sobre os cuidados domiciliários (apenas são categorizados como presença/ausência dessa tipologia de cuidados), incapacidade de determinar os motivos de readmissão⁽¹⁸⁾.

Um outro estudo realizado no Canadá que demonstrou não existir diferença significativa em pessoas, com Enfarte Agudo do Miocárdio, incluídas num programa de cuidado transicional relativamente aos cuidados habituais, no que diz respeito à taxa de readmissão, recurso ao serviço de urgência ou morte após três meses de alta clínica. No entanto, é possível identificar diversas limitações ao estudo, identificadas pelos autores, nomeadamente incluir apenas hospitais de zona urbana com um único sistema de saúde, não monitorizar a utilização de recursos da comunidade durante a permanência do domicílio e não monitorizar a adesão da pessoa ao planeamento de alta⁽¹⁹⁾.

DISCUSSÃO

A presente revisão da literatura demonstra que, apesar da frequente transição entre níveis de cuidados, os cuidados transicionais de reabilitação nem sempre existem e tal facto tem um risco acrescido de cuidados fragmentados, de eventos adversos e complicações no pós-alta. As quatro categorias que emergiram da análise de conteúdo são a pessoa alvo de cuidados transicionais, a família envolvida na transição de cuidado, os profissionais de saúde, estratégias de ação e políticas de saúde.

Em relação à categoria a pessoa alvo de cuidados transicionais os estudos observam que a cronicidade de diversas patologias, a incapacidade motora e cognitiva e a polimedicação como fatores conducentes a cuidados complexos e à necessidade da pessoa adulta/idosa em

ser acompanhada em diferentes níveis de cuidados. Tal facto, acarreta um risco crescente de cuidados fragmentados e possibilidade de eventos adversos. Impera, por isso, o desafio de interação, coordenação e integração entre os prestadores de cuidados em diferentes níveis de cuidados, garantindo o planeamento de alta e acompanhamento posterior seguros^(9,18), com envolvimento da pessoa e do seu cuidador, em todas as etapas do cuidado transicional^(2,5-6).

Não obstante, a transição entre os níveis de cuidados muitas das vezes não é passível de planeamento, apresentando repercussões na preparação da pessoa e família/cuidadores, contribuindo para readmissões hospitalares. Os motivos para a readmissão são certamente variáveis, sendo que um dos componentes mais importantes será a avaliação dos recursos da comunidade com adequada resposta às necessidades da pessoa^(9,14,20). Uma pesquisa realizada em França estima que, para pacientes com 75 anos ou mais, a taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias seja de 14%, sendo um quarto evitável⁽²⁰⁾.

Dominando a necessidade e o contributo dos cuidados transicionais, importa explorar a experiência na transição de cuidados. Num estudo desenvolvido na Austrália é possível destacar seis temas identificativos desta experiência, nomeadamente: a necessidade da própria pessoa em tornar-se independente, aprender sobre o autocuidado, a relação de apoio com os cuidadores, a relação com os profissionais, a procura de informações e por fim a discussão e negociação do plano de cuidados transicionais⁽¹²⁾.

Dos resultados da revisão da literatura, a participação, a tomada de decisão e a autonomia são temas identificados pela própria pessoa como fundamentais. Diversos estudos referem que, embora exista intenção em estar envolvida na transição de cuidados, existe uma baixa participação da pessoa no planeamento de alta e tomada de decisão, salientando que não receberam informações úteis^(2,5,9).

No que concerne à categoria “a família envolvida na transição de cuidados”, os cuidadores familiares e informais referem que a sua preparação provém de experiências anteriores, salientando o distanciamento com os profissionais durante o período de internamento. Tal traduz-se na dificuldade em colocar questões sobre a situação e nos cuidados a prestar, considerando tardia a realização de ensinamentos e como aspeto menos positivo a ausência de informação escrita⁽¹⁶⁾.

Estudos demonstram que algumas pessoas/cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais, com reflexo na descoordenação de cuidados, contribuindo para uma confiança menor no processo. Já os profissionais apontam como dificuldades no processo de transição a falta de tempo da equipa para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta^(12,16).

A transição para o papel de cuidador informal é complexo e implica um esforço a nível físico, cognitivo e emocional. Por isso está muitas vezes associada a um aumento da incidência de doenças, a que se junta um conjunto de necessidades económicas, sociais e comunitárias muitas vezes desencadeadas pelo abandono do trabalho – fonte de receitas económicas, afastamento dos amigos e da rede de suporte social. Por outro lado, estes cuidadores podem estar também a experienciar transições de saúde-doença, com necessidade de intervenção de enfermagem, uma vez que a maioria são mulheres, com idade média superior a 65 anos, com doenças crónicas que precisam de gerir, juntamente com o planeamento dos cuidados ao seu familiar doente e dependente⁽¹⁸⁾.

Uma RIL que teve por finalidade identificar as necessidades de cuidados transicionais para os cuidadores agrupou-as em cinco categorias: necessidades na transição para o papel de cuidador, necessidades de autocuidado dele próprio, necessidades de saúde, necessidades económicas e necessidades sociais e comunitárias⁽⁵⁾. Outro estudo aponta o suporte emocional provavelmente como a intervenção que mais aparece descrita na literatura enquanto prioritária para os cuidadores, dado que a sua ausência poderá dificultar a adaptação ao novo papel e contribuir para um aumento da sobrecarga e diminuição do bem-estar e da saúde dos cuidadores, podendo levar à diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao idoso dependente⁽²¹⁻²²⁾.

No que respeita aos profissionais de saúde envolvidos no processo de transição de cuidados, os mesmos identificaram que o sucesso do cuidado transicional depende da reintegração dos fragmentos dos cuidados à medida que a pessoa transpõe os diferentes níveis de cuidados. No entanto, os profissionais identificam barreiras à integração e coordenação dos cuidados e ao envolvimento da família, tais como a falta de tempo da equipa para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos cuidados a prestar pós-alta⁽¹⁶⁾. Outros autores observam as dificuldades de comunicação e articulação entre níveis de cuidados como um impeditivo para uma resposta integrada às necessidades da população com problemas complexos de saúde-doença⁽²³⁻²⁴⁾.

Destacam-se algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional, que potenciam a participação da pessoa no seu planeamento de alta e reabilitação, nomeadamente: reuniões familiares que incluam a participação da pessoa; elaboração de um plano de alta; existência de *checklist* respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e cuidador, recursos da comunidade disponíveis, necessidade de produtos de apoio, entre outras; definição de um programa de educação para a saúde (incluindo sinais e sintomas de alerta que possam levar a reinternamento hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão

terapêutica); visitas domiciliares que possam incluir o processo de tomada de decisão da pessoa, envolvendo a família e cuidadores, facilitando a participação no seu dia-a-dia⁽⁹⁾.

Os resultados permitem alertar para que as estratégias de ação e políticas de saúde são necessárias para incrementar a coordenação e a integração vertical dos cuidados tanto comunitários quanto hospitalares. Tal integração continua a revelar-se um desafio persistente, com repercussão já demonstrada na tendência para redução do tempo de internamento, acompanhamento domiciliar e, por consequência redução da taxa de ocupação de camas hospitalares. Garantir esta coordenação entre níveis de cuidados, considerando os riscos em diferentes fases do ciclo, e garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais sustentável^(15,18).

De acordo com a amostra bibliográfica, não parece existir uma conclusão direta que permita afirmar que a integração do cuidado transicional se traduz na redução das taxas de readmissão ou na taxa de mortalidade. Em contrapartida, a maioria dos estudos demonstra uma repercussão positiva no desenvolvimento de programas de cuidados transicionais, como melhores resultados a nível espiritual e religioso, maior grau de satisfação, maior ganho visível do nível de independência da pessoa e de quais as suas incapacidades específicas pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo, menor taxa de readmissão e menor recurso ao serviço de urgência⁽¹⁰⁾.

Corroboramos a opinião dos autores que apontam que as intervenções que "fazem a ponte" entre o hospital e o domicílio e envolvem um profissional designado (geralmente enfermeiro) são as mais eficazes na redução do risco de readmissão^(20,23-24), mas são precisos mais estudos sobre a sua efetividade e sobre a intervenção do enfermeiro como gestor do processo.

Limitações do Estudo

As limitações desta pesquisa são decorrentes do próprio método e dos critérios de elegibilidade dos estudos, pois a aceitação de estudos com metodologias e níveis de evidência diferente não permite extrair o grau de evidência. Por outro lado, a inclusão de estudos apenas em português, espanhol e inglês, bem como de acesso gratuito, poderá ter excluído artigos que ajudariam a responder à questão de pesquisa.

Contribuições para a Área

Os resultados obtidos podem contribuir para a formação e treino dos profissionais de saúde e para a implementação da participação da pessoa e seu familiar, ou cuidador no processo de transição do hospital para a comunidade, capacitando-a. Os profissionais de saúde

devem facilitar o cuidado transicional através de práticas que coloquem a pessoa no centro dos cuidados, valorizando a escuta ativa, e utilizando uma linguagem adequada, facilitando a capacitação e a participação na tomada de decisão, em colaboração com os profissionais de saúde. As pessoas e familiares cuidadores necessitam ser informados sobre o seu direito em participar na decisão relativamente às suas necessidades e nível de acompanhamento. A evidência científica fornece ferramentas e intervenções promotoras da transição dos cuidados, destacando o Enfermeiro como elo de coordenação. O Enfermeiro, recorrendo a prática avançada, assume um papel de liderança no processo de continuidade de cuidados, devendo integrar o cuidado transicional enquanto prática prioritária já que a sua implementação de forma estruturada contribui para a continuidade de cuidados, otimiza os recursos de saúde disponíveis, eleva a qualidade de cuidados e fomenta um sistema de saúde mais sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre o cuidado transicional de reabilitação são escassos. Os que existem identificam riscos, mas não avaliam a efetividade das intervenções de reabilitação, salientando-se que a amostra bibliográfica não contempla nenhum estudo desenvolvido em Portugal. Dos estudos elegíveis, os países que possuem a referida Especialidade em Enfermagem (como o Canadá, Inglaterra e Estados Unidos da América) trabalham com o princípio de que Enfermagem de Reabilitação é uma filosofia de cuidado (em que a reabilitação se encontra implícita no exercício profissional), não se concretizando como área de conhecimento ou atuação profissional.

A presente revisão da literatura demonstra que a participação da pessoa idosa no cuidado transicional encontra-se frequentemente relacionada com o planeamento da alta e o regresso ao domicílio. Os resultados demonstram que a população mais velha não participa de forma assídua na discussão sobre o seu planeamento da alta, sendo que mesmo que estejam presentes em momentos de reunião/discussão do seu plano de cuidados não é solicitada nem valorizada a sua opinião e desejo/objetivos.

Com o desenvolvimento do presente estudo foi possível identificar diversas estratégias e ferramentas implementadas para apoiar a participação da população idosa no cuidado transicional e minimizar o risco da fragmentação de cuidados. De entre estas, são de salientar os programas liderados por enfermeiros, a realização de reuniões multidisciplinares regulares, a existência de checklist de preparação para a alta e monitorização através de *follow-up*.

A coordenação e integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares revela-se um desafio persistente, demonstrando tendência para reduzir o tempo de internamento, acompanhamento domiciliário e, por consequência, a taxa de ocupação de

camas hospitalares. Equipes multidisciplinares por si só demonstram não ser suficientes. É necessário garantir formação, acompanhamento e coordenação entre níveis de cuidados.

Conclui-se que garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável, incrementar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos profissionais e clientes.

REFERÊNCIAS

1. Melo R, Rua M, Santos C. Support and training of family caregivers: nursing intervention program. *Rev. Mill.* 2018;2(5):73–80. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205.07.00171>
2. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, et al. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Rev. bras. enferm.* 2018;71(Suppl.5):2264-71. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
3. World Health Organization. Continuity and Coordination of Care: A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services. WHO: Geneve. 2018
4. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev. bras. enferm.* 2019;72(Suppl 2):294-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
5. Ferreira BAS, Gomes TJB, Baixinho CL, Ferreira ÓMR. Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. enferm.* 2020;73(Suppl 3): e20200394. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
6. Ferreira E, Lourenço O, Costa P, et al. Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Rev. bras. enferm.* 2019;72(1):147–53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & contexto enferm.* 2008;17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011
9. Dyrstad DN, Testad I, Aase K, Storm M. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognit Tech Work.* 2015;17(1):15–34. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
10. Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2015;23(6):619-31. DOI: 10.1111/hsc.12177
11. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, DuBard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med.* 2015;13(2):115-22. DOI: 10.1370/afm.1753

12. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect.* 2018 Apr;21(2):518-527. doi: 10.1111/hex.12646. Epub 2017 Nov 9. PMID: 29120529; PMCID: PMC5867324
13. Langhorne P, Baylan S; Early Supported Discharge Trialists. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;17(7):CD000443. DOI: 10.1002/14651858
14. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, et al. The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age Ageing*, 2017;46(1):26–32. DOI: 10.1093/ageing/afw149
15. Low LL, Tan SY, Ng MJ, Tay WY, Ng LB, Balasubramaniam K, Towle RM, Lee KH. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One.* 2017;12(1):e0168757. DOI: 10.1371/journal.pone.0168757
16. Hahn-Goldberg S, Jeffs L, Troup A, Kubba R, Okrainec K. "We are doing it together"; The integral role of caregivers in a patients' transition home from the medicine unit. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197831. DOI: 10.1371/journal.pone.0197831
17. Chase JD, Russell D, Rice M, Abbott C, Bowles KH, Mehr DR. Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care. *Res Gerontol Nurs.* 2019;12(4):174-183. DOI: 10.3928/19404921-20190319-01
18. Swanson JO, Moger TA. Comparisons of readmissions and mortality based on post-discharge ambulatory follow-up services received by stroke patients discharged home: a register-based study. *BMC Health Serv Res.* 2019 19(4). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3809-z>
19. Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(8):753-761. DOI: 10.1001/jama.2019.0710
20. Occelli P, Touzet S, Rabilloud M, 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.* 2016;16:57. DOI: 10.1186/s12877-016-0233-2
21. Melo R, Rua M, Santos C. Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Rev. Enf. Ref.* 2014;4(2):143-51. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
22. Pindus D, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell A, Aziz N, Mant J. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – A

systematic review and meta-ethnography. PLoS ONE. 2018;13(2):e0192533. DOI:10.1371/journal.pone.0192533

23. Baixinho CL, Ferreira Ó. Defragment or integrate care? A challenge for the international year of the nurse. *Rev baiana enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 28];34:e35856. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
24. Baixinho CL, Ferreira Ó. From the hospital to the community: the (un)safe transition. *Rev baiana enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 28];33:e35797. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>

