



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem**

**O PROCESSO DE CONTINUIDADE DE
CUIDADOS EM SERVIÇOS DE INTERNAMENTO
HOSPITALAR**

DISSERTAÇÃO

Sandra Reis

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

O PROCESSO DE CONTINUIDADE DE
CUIDADOS EM SERVIÇOS DE INTERNAMENTO
HOSPITALAR

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Regina Pires e coorientado pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins

Porto, 2024

O progresso é impossível sem mudança; e aqueles que não conseguem mudar as suas mentes não conseguem mudar nada.

GEORGE BERNARD SHAW

Dedico este trabalho,

À família...

especialmente ao meu marido, filhos e pais,

pela compreensão e pelo apoio, em especial nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTO

Gostaria de deixar um agradecimento especial às minhas orientadoras, Professora Doutora Regina Pires e Professora Doutora Maria Manuela Martins, por me terem acompanhado neste percurso, pelos seus ensinamentos, a partilha do saber, pelo estímulo e, sobretudo, pelas oportunidades de desenvolvimento que me proporcionaram e, espero ter ido ao encontro das expectativas que depositaram em mim e nesta investigação. Obrigada pelo encorajamento e pelo rigoroso alicerce, que ambas foram, ao longo de todo este processo.

Aos Enfermeiros entrevistados que viabilizaram a recolha de dados e que tornaram este estudo possível.

Aos amigos de sempre, pelo incentivo e apoio.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A continuidade de cuidados é um conjunto de intervenções sequenciais centradas na recuperação ativa e contínua da pessoa em situação de dependência, procurando promover a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade. Esta continuidade tanto se promove durante o período de internamento do doente de forma a efetivar o seu regresso ao domicílio, como através da rede de cuidados continuados. Os objetivos deste estudo foram: compreender o processo de continuidade de cuidados para o domicílio e para a rede de cuidados continuados; conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas com a continuidade de cuidados; e identificar as fragilidades do processo de continuidade de cuidados nos serviços de internamento. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, tendo sido utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Da análise dos dados surgiram como resultados: que os enfermeiros têm noção que a continuidade de cuidados, quer no internamento quer para o domicílio, é um processo dinâmico, que requer informação precisa e uma boa comunicação entre pares e profissionais/doente; que o processo de avaliação inicial é importante na obtenção de dados para que possam estabelecer estratégias adequadas e tomadas de decisão seguras e eficazes; também as redes de apoio, seja familiar, da comunidade ou de apoio social, são importantes no processo de capacitação. Portanto, a preparação para a alta deve ser o mais precoce possível e com ajuda de profissionais especializados. Concluiu-se que apesar da existência do conhecimento sobre o processo continuidade de cuidados e sobre as atividades a serem desenvolvidas no decurso do mesmo, nem sempre o seu desenvolvimento é possível devido às fraquezas apresentadas neste processo. Por isso, foram identificadas como fragilidades: a rotatividade do serviço, a falta de tempo e falta de registos atualizados. Também a comunicação é importante neste processo, seja como força se for eficaz seja como fraqueza se não existir.

Palavras-chave: Enfermagem; Continuidade de Cuidados; Serviço de Internamento; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

Continuity of care is a set of sequential interventions focused on the active and continuous recovery of the person in a situation of dependence, seeking to promote their autonomy and improving their functionality. This continuity is promoted both during the patient's hospitalization period in order to facilitate their return home, and through the continued care network. The objectives of this study were: to understand the process of continuity of care for the home and the continued care network; know the activities carried out by nurses related to continuity of care; and identify weaknesses in the process of continuity of care in inpatient services. Qualitative research was developed, of an exploratory and descriptive nature, using a semi-structured interview as a data collection instrument. The following results emerged from the data analysis: that nurses are aware that continuity of care, whether in hospital or at home, is a dynamic process, which requires accurate information and good communication between peers and professionals/patient; that the initial assessment process is important in obtaining data so that appropriate strategies and safe and effective decision-making can be established; Support networks, whether family, community or social support, are also important in the training process. Therefore, preparation for discharge must be as early as possible and with the help of specialized professionals. It was concluded that despite the existence of knowledge about the continuity of care process and the activities to be developed during it, its development is not always possible due to the weaknesses presented in this process. Therefore, the following were identified as weaknesses: service turnover, lack of time and lack of updated records. Communication is also important in this process, whether as a strength if it is effective or as a weakness if it does not exist.

Keywords: Nursing; Continuity of Care; Inpatient Service; Nursing Interventions.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

APEGL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
DCNT – Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DL - Decreto-Lei
DMI – Diabetes Mellitus tipo I
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR – Equipa Coordenadora Regional
EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
HSOG – Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães
ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros
ISBAR – Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations
ISS – Instituto da Segurança Social
MS – Ministério da Saúde
MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

Índice

1. INTRODUÇÃO	11
2. A QUALIDADE EM SAÚDE E DE ENFERMAGEM	16
3. A CONTINUIDADE DE CUIDADOS	28
3.1. A Continuidade de Cuidados no Contexto Hospitalar	33
3.2. O Papel do Enfermeiro Gestor na Continuidade de Cuidados	35
4. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO	38
4.1. Justificação do Estudo	40
4.2. Da Questão de Investigação aos Objetivos	41
4.3. Tipo de Estudo	42
4.4. Contexto e Participantes do Estudo	42
4.5. Instrumento de Colheita de Dados	43
4.6. Procedimento de Colheita de Dados	46
4.7. Considerações Éticas	50
5. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONTINUIDADE DE CUIDADOS- RESULTADOS	51
5.1. Vivências em torno do conceito de Continuidade de Cuidados	55
5.2. O Processo de Avaliação na Continuidade de Cuidados	60
5.3. Contexto de Continuidade de Cuidados	66
5.4. Processo de Continuidade no Internamento	69
5.5. Ações de Preparação da Alta para o Domicílio	77
5.6. Determinantes para o Sucesso do Processo de Continuidade de Cuidados	82
5.7. Suportes para a Continuidade de Cuidados	87
6. DOS ACHADOS AOS REFERENCIAIS DA EVIDÊNCIA - DISCUSSÃO	92
7. CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes

Quadro 2 – Resultados da análise de conteúdo

ÍNDICE de GRÁFICOS

Diagrama 1 – Conceitos de Continuidade de Cuidados

Diagrama 2 – Continuidade de Cuidados durante e após o internamento hospitalar

Diagrama 3 – Dados para a decisão de Continuidade de Cuidados

Diagrama 4 – Processo de Avaliação

Diagrama 5 – Contexto de Continuidade de Cuidados

Diagrama 6 – Preparação para a Alta

Diagrama 7 – Processo de Continuidade de Cuidados

Diagrama 8 – Segurança no processo de Continuidade de Cuidados

Diagrama 9 – Intervenções para a Alta

Diagrama 10 - Preparação da Alta para o Domicílio

Diagrama 11 – Plano de cuidados

Diagrama 12 - Determinantes para o Sucesso do Processo de Continuidade de Cuidados

Diagrama 13 – Forças e fraquezas

Diagrama 14 - Suportes para a Continuidade de Cuidados

Diagrama 15 – Rede de apoio familiar

Diagrama 16 – Rede de apoio social

1. INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, continuamos a assistir ao envelhecimento acentuado da população, sobretudo devido à melhoria da qualidade de vida. Contudo, no sentido oposto, existem mais comorbilidades, pelo que as exigências na área da saúde são cada vez maiores. Para Kuo e Goodwin (2011) a necessidade de hospitalização é determinada pela presença de uma condição de saúde com gravidade suficiente e com indicação para uma intervenção terapêutica ou diagnóstica, ou com necessidade de monitorização contínua.

Mas o regresso do doente ao seu domicílio, apesar da sua evolução clínica positiva, está muitas vezes condicionado pela sua não recuperação total, não se encontrando sobreponível ao seu estado prévio ou, até mesmo, pela falta de condições habitacionais, familiares ou sociais.

A sociedade tem tido algumas dificuldades em adaptar-se a esta nova realidade, o que se tem traduzido numa maior pressão nas respostas dos serviços de saúde, pelo que a articulação entre os cuidados hospitalares a pessoas com doença aguda e os diferentes prestadores de cuidados a pessoas com doença crónica, tem ganho um papel de grande relevância, nomeadamente nas questões inerentes à garantia da continuidade de cuidados.

Bernardino et al. (2022) consideraram oportuno analisar o conceito de cuidados de transição, juntamente com termos relacionados ao contexto da alta hospitalar, sendo práticas coordenadas e eficazes para a continuidade de cuidados na transferência do doente na alta hospitalar. Neste contexto as enfermeiras de ligação são potenciais protagonistas para liderarem o processo de integração, repercutindo-se no cuidado contínuo e coordenado.

Segundo Mendes et al. (2017) a continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde. No mesmo sentido, também Acosta (2016) referiu que a

transição do cuidado é uma estratégia para assegurar a continuidade dos cuidados na alta hospitalar, contribuindo na prevenção de readmissões hospitalares e redução de custos.

Para ser assegurada a continuidade de cuidados, torna-se importante a partilha de informação entre serviços de saúde em Portugal que, ou não existe, ou é escassa, pelo que 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 permite melhorar significativamente, através da continuidade de cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Sousa et al., 2005). Hellín (2012) refere que a continuidade de cuidados requer a interconexão de diferentes elementos (ambiente, pessoas e informação). Este processo tem maior repercussão quando afeta grupos especialmente vulneráveis, como doentes com maior grau de dependência, crónicos, com reinternamentos frequentes, com regime terapêutico ineficaz, etc.

Por outro lado, Silva Ferreira et al. (2023) analisaram a transferência de cuidados realizada pelos profissionais de enfermagem numa unidade de pronto atendimento e dos resultados emergiram três categorias analíticas, assim como revelaram problemas associados à comunicação durante a passagem de turno, nomeadamente: sobrecarga de trabalho, número de doentes, diferentes níveis de gravidade, dinâmica do sector, transferência intra e inter-hospitalar, local da passagem de turno e uso de instrumentos de registo. Eles sugerem uma transferência estruturada e com informações precisas, de modo a reduzir erros assistenciais, perda de dados, eventos adversos e, consequentemente, melhorar a segurança do doente.

Andrade et al. (2021) analisaram as práticas dos enfermeiros de um hospital universitário na continuidade de cuidados para a atenção primária e dos seus resultados emergiram três categorias: práticas dos enfermeiros, fortalezas e fragilidades e, competências para a continuidade de cuidados. Na admissão e alta, os enfermeiros realizam entrevista e exame físico do doente. Ainda no mesmo estudo destacaram como pontos positivos a comunicação e o

conhecimento do contexto familiar da equipa multidisciplinar hospitalar e, como pontos negativos a falta de sistema informatizado, a integração dos profissionais do hospital com a atenção primária, o enfermeiro gestor de altas e o protocolo de contrarreferência. Eles concluíram que a continuidade do cuidado requer dos enfermeiros, experiência profissional, conhecimento sobre a rede de atenção, habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisão.

Para que exista continuidade de cuidados, estes devem ser prestados de forma a complementarem-se num período de tempo adequado, por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna (Duarte, 2007). Nas instituições hospitalares, a continuidade de cuidados interserviços pode passar pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) antes do regresso do doente ao domicílio. A Equipa de Gestão de Altas (EGA) existe a nível hospitalar para articular os doentes com necessidade de continuidade de cuidados na RNCCI, pelo que passam por este serviço todos os processos que serão referenciados para unidades de internamento e para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estes processos estão sujeitos a avaliação segundo critérios já determinados, mas temos vindo a verificar dificuldades por parte dos serviços de internamento em perceber esses critérios e que possibilidades existem na comunidade que possam dar resposta de apoio alternativo.

Então, em 2006, através do decreto de lei nº 101, foi criada a RNCCI, tendo em conta que, no sistema de saúde português, a continuidade de cuidados é concebida como a sequencialidade no tempo, ou seja, não existe limite temporal mas sim uma sequência de tempo no que concerne o assegurar de cuidados e, com interligação entre os sistemas de saúde e de segurança social, para permitir que haja ligação entre as intervenções integradas de saúde e de apoio social, de modo a que durante o período em que são prestados cuidados de saúde, o doente tenha assegurado apoio social.

A sociedade não se preparou para as alterações decorrentes dos progressos da medicina que conduziram ao aumento da esperança média de vida, pelo

que surgiu a necessidade de se encontrar soluções para os problemas de saúde e sociais inerentes a estes desenvolvimentos. Neste sentido, a RNCCI surgiu para proporcionar a continuação de cuidados após internamento, ou para pessoas funcionalmente dependentes, tendo como missão dar resposta às novas necessidades quer de saúde, quer sociais. Segundo Broeiro-Gonçalves (2017) a população ao cuidado das ECCL's é uma população de risco, pois é idosa, com baixa escolaridade e com elevada carga de doenças e de dependência.

Os hospitais têm tido cada vez mais situações, em que os doentes com alta clínica, não têm condições para regressarem imediatamente ao domicílio. Num estudo sobre a rede de cuidados Antunes et al. (2018) concluíram que para que o tempo entre a referenciação para a RNCCI e a alta hospitalar sejam diminuídos é necessário que haja uma otimização da cooperação e coordenação entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. A identificação precoce dos doentes que necessitarão de apoio após a alta clínica permitirá uma resposta mais atempada por parte dos assistentes sociais e uma consequente melhoria do desempenho dos serviços hospitalares e satisfação dos doentes.

Já em 2013, Canha et al. concluíram que dada a dificuldade de integração dos doentes no domicílio ou em estruturas de retaguarda, a RNCCI é incapaz de responder às necessidades atuais, embora o tempo de espera tenha reduzido, devido ao aumento de camas e da possibilidade dos doentes aguardarem vaga no domicílio.

É importante para que os doentes que necessitam de apoio após alta hospitalar tenham uma resposta mais atempada e acertada, de modo a recuperar a sua funcionalidade ou incapacidade o mais rápido possível, e possam retornar ao domicílio nas melhores condições. Por isso, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de identificação é importante para o fornecimento dos dados serem os mais adequados.

Se os enfermeiros, no desenvolvimento da sua profissão, estiverem despertos para a avaliação adequada dos doentes, poderemos implementar estratégias

que aumentem a melhoria da continuidade de cuidados, melhorando consequentemente a sua qualidade de vida. Portanto, estamos perante um desafio de afirmação pela evidência do valor dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros de reabilitação, em particular, desde logo na prestação de cuidados, onde se incluem também novos papéis ligados à gestão de “casos” ou à ligação entre contextos de cuidados, mas também na gestão, formação, na investigação e na definição de políticas de saúde (Fernandes, 2017).

Sendo enfermeira especialista de reabilitação a exercer funções na EGA, entendo que as instituições (incluindo a EGA) necessitam de identificar quais as atividades que são desenvolvidas pelas equipas de enfermagem relativamente à continuidade de cuidados e o que pode ser melhorado, no sentido de termos ações mais eficazes e eficientes para o regresso do doente ao domicílio, devidamente reintegrado.

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, orientada pela Professora Doutora Regina Pires e coorientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins, no ano letivo 2022/2024, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretende contribuir para melhorar a qualidade da continuidade de cuidados de enfermagem em doentes que necessitem de continuidade de cuidados após alta hospitalar. Como tal, tem por objetivos: compreender o processo de continuidade de cuidados, para o domicílio e para a rede de cuidados continuados; conhecer as fragilidades do processo de continuidade de cuidados; conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas com a continuidade de cuidados.

Este trabalho estará dividido em quatro partes, começando com uma introdução ao tema a ser desenvolvido, explanando a revisão da literatura sobre a qualidade em saúde e a continuidade de cuidados. Segue-se um enquadramento metodológico, com a descrição do método utilizado durante a elaboração do trabalho. Depois a apresentação dos resultados obtidos e de discussão dos mesmos, terminando com uma conclusão geral.

2. A QUALIDADE EM SAÚDE E DE ENFERMAGEM

Na ideia de Cunha et al. (2023) nos primórdios, a saúde chegou a ser concebida como sendo o oposto de doença, encontrando-se perante uma situação em que algo de diferente entrou na pessoa ou parte de uma pessoa foi retirada. Uma doença, portanto, seria uma entidade que existe de forma independente e pode provocar mal-estar. Com o passar do tempo ocorreram importantes processos transformativos fundamentais à evolução histórica da saúde, com o fortalecimento e com a reforma da enfermagem, que se deve principalmente ao trabalho realizado por Florence Nightingale.

Com toda a evolução ocorrida na sociedade até aos dias de hoje podemos verificar que temos sistemas de prestação de cuidados de saúde competitivos, o que contraria as orientações superiores e onde os recursos humanos nem sempre são suficientes. Neste sentido, sendo a segurança do doente uma importante dimensão da qualidade dos cuidados de saúde, torna-se uma preocupação acrescida a ausência dessa segurança, o que se tem constituído como um tema de relevância crescente na área da investigação.

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é fundamental no processo de melhoria da segurança do doente no contexto hospitalar. Reis et al. (2013) entendem que essa cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela perceção comum da importância da segurança e da confiança na efetividade de medidas preventivas (Reis et al., 2013).

Sérgio, Carvalho e Pinto (2023) entendem que no processo da qualidade clínica é essencial evidenciar a qualidade da prática segundo os padrões centrados nos doentes ao longo do ciclo dos cuidados. Como tal, Fradique e

Mendes (2013) e o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009) perceberam que o desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária e os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. A procura incessante de orientações estratégicas e a necessária implementação de intervenções urgentes com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde é, portanto, uma prioridade.

Desde os primórdios da civilização que, mesmo de forma informal, se entende que a enfermagem tem registos, o que lhe confere qualidade profissional mas os seus registos, enquanto profissão ocorreram a partir dos séculos 19 e 20. Por outro lado, Fradique e Mendes (2013) analisaram estudos que revelam que a qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar e, delinear as estratégias possíveis para que esses objetivos sejam atingidos, o que requer algum tempo para pensar nos cuidados prestados. É, pois, importante que todas as instituições de saúde se preocupem em proporcionar condições aos profissionais para que seja implementada a qualidade e esta faça parte da rotina dos profissionais de enfermagem. Incluindo a qualidade dos registos.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do doente (OE, 2001). Pela evolução histórica a enfermagem nem sempre foi reconhecida enquanto profissão e ciência do cuidado. Mas os seus registos revelam os cuidados que os enfermeiros têm relativamente às pessoas doentes e como atendem às suas diferentes necessidades.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020) os profissionais de enfermagem estão na linha da frente na prestação de serviços e

desempenham um papel importante no cuidado, com foco nas pessoas e comunidades. Em muitos países, eles atuam como líderes ou membros-chave de equipas multidisciplinares e interdisciplinares de saúde. Eles fornecem uma ampla gama de serviços em todos os níveis do sistema de saúde. Este relatório realizado pela OPAS, conclui que investir em profissionais de enfermagem e obstetrícia não só permitirá melhorias no campo da saúde, mas também contribuirá para melhorar a qualidade da educação, promover a igualdade de género e garantir trabalho decente e crescimento económico.

Em 2014, o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) considerou que a “Enfermagem engloba o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou não, em todas as suas configurações. A Enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os cuidados de pessoas doentes, deficientes e morrendo. Advocacia, promoção de ambiente seguro, pesquisa, participação na formulação da política de saúde, no tratamento dos pacientes e nos sistemas de gestão da saúde e educação são, também, papéis fundamentais da enfermagem” (s/pg).

Para Shamian (2014) existem cada vez menos enfermeiros nas funções executivas de hospitais, governos e agências internacionais. Diminui o número e o papel de liderança, assim como a sua voz, que vai desaparecendo. Como resultado desta realidade, o “Impacto da política” da voz da enfermagem, o conhecimento e a experiência são mínimos e temos que transformar essa realidade. A saúde global beneficiará a nível político se a liderança estratégica da enfermagem e sua voz global se tornarem mais robustas e tiverem a presença que merecem, a Enfermagem é uma grande força e um grande valor para a sociedade. Precisamos ter certeza que as barreiras são removidas e que possamos contribuir para a saúde das nossas nações (Shamian, 2014).

Sérgio, Carvalho e Pinto (2023) entendem que o desenvolvimento da gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem surge pela procura constante de processos sistemáticos e estruturados, orientados pelo rigor e evidência na obtenção de indicadores decorrentes da prática com impacto no doente e a

expectativa de qualidade. Também, para que exista a criação de valor das melhores práticas de enfermagem é estratégico o foco para a mudança de comportamentos e práticas dos profissionais baseados no desenvolvimento de competências das equipas e no compromisso organizacional.

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

2.1. O Contributo teórico na Continuidade de Cuidados

A integração dos referenciais teóricos de enfermagem nos contextos da prática hospitalar, mesmo perante a diversidade e complexidade dos mesmos, é importante no dia-a-dia da profissão para que possam permitir uma consolidação do conhecimento na prática profissional, apesar dos constrangimentos existentes. Ribeiro et al (2018) concluíram que apesar do crescente interesse em utilizar os referenciais da disciplina para orientar a prática de enfermagem, as fragilidades inerentes a esse processo têm determinado avanços e retrocessos, com resultados que variam de acordo com os contextos da prática.

No modelo biomédico também há continuidade, mas esta é fragmentada e reduzida à administração da medicação, realização de pensos e outras atividades (Barros, 2002). A introdução do conhecimento científico em enfermagem permite-nos analisar a continuidade na perspetiva da pessoa, ancorada na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, já que muitos doentes ficam dependentes no autocuidado e, simultaneamente, na teoria das transições de Afaf Meleis, pois estamos perante transições específicas na vida e na saúde das pessoas, pelo que faz todo o sentido no desenvolvimento deste trabalho.

Para Orem (2001) o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Ela desenvolveu uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

A Teoria do Déficit de Autocuidado é o elemento central da Teoria de Enfermagem de Orem, surgindo para aclarar a forma como os cuidados de enfermagem podem ser implementados. O déficit de autocuidado surge quando as necessidades em cuidados são superiores à capacidade de agir, por parte do indivíduo. Este conceito é orientador, permitindo a adequação das estratégias de intervenção e a compreensão do papel dos clientes no seu próprio autocuidado, ou no autocuidado de um seu familiar (Orem, 2001).

Orem (2001) identifica três classificações de sistemas de enfermagem que definem a responsabilidade dos enfermeiros no seu exercício profissional: 1) Sistema Totalmente Compensatório – quando o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar; 2) Sistema Parcialmente Compensatório – ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros, realizam tarefas de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras. O cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelo indivíduo, no entanto, a função deste é compensar as suas limitações, e a sua ação profissional passa por realizar apenas algumas tarefas de autocuidado e; 3) Sistema de Apoio - Educação – quando o indivíduo possui capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de apoio ou assistência, orientação e

instrução dos enfermeiros para o exercício e aprendizagem das atividades de autocuidado (Petronilho, 2012, p. 26-27).

Para a autora a enfermagem é percebida como um serviço humano para a ajuda de pessoas na obtenção e recuperação de habilidades, considerando que os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo (Orem & Taylor, 2011).

Santos e Sarat (2008) realizaram a análise de publicações sobre a aplicação da teoria do autocuidado de Orem fundamentando-se na abordagem de pesquisa qualitativa. Dessa análise delimitaram como categorias: aplicação na sistematização da assistência de enfermagem, aplicação como estratégia de ensino para desenvolver o autocuidado e aplicação como referencial teórico. E, concluíram que a Teoria de Orem foi aplicada no seu conceito de autocuidado como referencial na prática e na fundamentação teórica, na identificação do défice de autocuidado e na utilização do sistema de apoio-educação como instrumento do cuidar. Ela contribui para construir outras teorias de enfermagem.

Segundo Lescano et al. (2020) o papel do enfermeiro é fundamental para garantir o sucesso da aplicação prática assistencial da teoria de Orem, uma vez que cabe ao enfermeiro estimular a autonomia do doente e trabalhar os obstáculos que não permitem que este realize o autocuidado e se torne independente de terceiros, por isso, este deve ser de qualidade visando a promoção da saúde.

A informação, quer oral quer escrita, que é partilhada entre os profissionais de enfermagem, está focalizada maioritariamente na doença e não tanto na pessoa como um todo. Também a informação específica de enfermagem parece omissa relativamente à dimensão da pessoa, nas respostas humanas às transições e aos processos de vida (Esteves & Amaral, 2023).

A prestação dos cuidados de enfermagem contribui para a qualificação do cuidado aos doentes, quando são prestados de modo assertivo e humanizado, por profissionais competentes que praticam e seguem os protocolos adotados,

evitando possíveis danos ao doente, promovendo, assim, a continuidade do cuidado. Neste sentido, Alencar et al. (2022) realizaram um estudo sobre os cuidados de enfermagem aos doentes com ostomia, tendo por base a teoria de Orem, onde verificaram que o ensino do autocuidado se torna uma ação altamente necessária para a melhoria da qualidade de vida do doente, envolvendo muito os cuidados da enfermagem. Todo o processo de adaptação, nomeadamente à ostomia, acontece gradualmente, à medida que o doente convive com a situação, criando mecanismos para lidar com a condição de ostomizado. Nesse cenário, a enfermagem assume papel fundamental na promoção do cuidado, devendo oferecer o apoio e conhecimentos necessários. A aplicação da Teoria de Orem também se mostrou eficaz e condizente com as ações de enfermagem de promoção do cuidado ao doente com feridas, garantindo qualidade e eficácia da abordagem terapêutica (Araújo et al., 2022).

Também Chagas et al. (2020) avaliaram o autocuidado no pós-alta hospitalar, tendo como perspetiva para o cuidado de enfermagem uma abordagem domiciliar, onde as categorias que sobressaíram desse estudo foram discutidas à luz de atividades, requisitos e exigências terapêuticas de autocuidado na perspetiva de Orem. Eles concluíram que o autocuidado de homens no domicílio, após alta hospitalar, foi retratado por experiências que agregaram conhecimentos/informações sobre o processo saúde-doença, cujas práticas envolvem a autovalorização da saúde, com promessas de adesão ao tratamento e a hábitos de vida saudáveis.

A alta hospitalar está associada à melhoria ou estabilidade das condições clínicas, tornando-se num contexto de saúde desafiador, devido à necessidade de continuidade dos cuidados, sobretudo se considerarmos o aumento crescente das condições crônicas e da complexidade da assistência à saúde e, desta forma a pessoa aceitar de forma saudável a sua nova condição de vida.

Neste sentido, surge também a teoria das transições de Meleis, que considera a transição como uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças (Meleis, 2010). Esses percursos ocorrem ao

longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações, produzindo mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades (Meleis, 2010).

A natureza das transições pode ser do tipo saúde-doença, situacional, desenvolvimental e organizacional. Ao nível do indivíduo e sua família, constituem-se como mudanças que implicam uma transição, alterações na identidade, nos papéis, nos relacionamentos, nas habilidades/competências e nos comportamentos (Meleis, 2010). A autora define como meta de transições saudáveis a mestria, demonstrada por comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novas funções. Os componentes do modelo teórico para a análise das transições e estabelecimento da terapêutica de enfermagem incluem tipos e padrões das transições, propriedades de experiências, condições facilitadores e inibidores, padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) e terapêutica de enfermagem. Como tal, a experiência das transições tem implicação para a prática profissional, por orientar o enfermeiro a descrever necessidades dos indivíduos no processo transacional, por meio de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados (Lima et al., 2016). Estes autores consideram que as transições estão ligadas aos eventos do ciclo vital e, por múltiplos aspetos, mantêm uma relação com o cuidado de enfermagem, quanto à prevenção e intervenção dos acontecimentos.

Segundo Costa (2016), Meleis investigou o que acontece com quem não vivencia transições saudáveis e como os enfermeiros cuidam dessas pessoas, e quais as intervenções de enfermagem que facilitam o progresso dos doentes no alcance de transições saudáveis. A teoria das transições permite ao enfermeiro auxiliar pessoas a atingirem resultados saudáveis após período de mudança vivenciado.

Para a enfermagem, o entendimento das mudanças vividas pelos indivíduos e os recursos por eles utilizados facilitam a elaboração de estratégias de enfrentamento mais saudáveis. Assim, as transições pertencem ao domínio da

disciplina de enfermagem ao se relacionarem com saúde e doença, ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados à saúde (Lima et al., 2016).

Também a compreensão da complexidade da assunção do papel do cuidador pode ser analisada à luz da Teoria das Transições de Meleis e, foi o que fizeram Santos et al. (2024) ao analisarem a percepção do cuidador sobre os requisitos para a assunção do seu papel. Concluíram que os requisitos identificados poderão melhorar a capacidade de avaliação dos enfermeiros relativamente às condições facilitadoras.

Os cuidadores informais, frequentemente, não se sentem preparados para receberem o seu familiar/doente no domicílio, ou porque a maioria não tem habitação adaptada, ou pela multiplicidade de necessidades no âmbito do físico, psicológico/emocional, financeiro, social e de indisponibilidade (Lima, 2021). Como estratégias de intervenção de enfermagem pode-se apresentar o *coping* emocional, apoios familiar, social e para o autocuidado, a capacitação dos cuidadores familiares e/do próprio doente (Lima, 2021).

Para Tavares (2019) os enfermeiros devem tornar-se agentes facilitadores da transição para cuidados paliativos e, para que o enfermeiro seja um verdadeiro facilitador do processo de transição, este precisa de ter conhecimento, experiência e uma ampla abertura por forma a recolher, processar e documentar a informação da forma que melhor traduz as reais necessidades dos indivíduos, integrando-a no seu plano assistencial. No mesmo sentido, Pinto e Malheiro (2022) também analisaram as intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) para a comunidade, concluindo que a transição é influenciada por fatores relacionados com as condições ambientais, profissionais, organizacionais e da própria família. Os sistemas de suporte, o desenvolvimento de competências de gestão da DM1 (conhecimento e treino) e a comunicação/continuidade são destacados como foco de atenção no desenvolvimento das intervenções promotoras de uma transição segura (Pinto & Malheiro, 2022).

Rodrigues (2021) analisou como aprender a cuidar de famílias na transição para elaborar lutos e perdas, onde os participantes consideraram que há falta de preparação para cuidar das famílias como cliente dos cuidados. Verificou que as aprendizagens e os contextos da prática clínica nem sempre são promotores de experiências significativas para que os estudantes aprendam a avaliar as necessidades da família a viver processos de perda e a acompanhá-la na elaboração do luto. Os estudantes tendem a centrar-se na pessoa doente, ignorando as necessidades da família e não a integrando no processo de cuidar. Ainda segundo a mesma autora, as famílias a viverem transições de perdas e elaboração de lutos têm as necessidades e as prioridades alteradas, sendo necessário caracterizá-las, validá-las, ajudar na resolução das dificuldades, na mobilização de recursos e na adaptação ao processo (Rodrigues, 2021).

Também Moreira da Silva et al. (2021) efetuaram um estudo que revelou a existência de fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade, em que os casais necessitam de apoio pessoal e profissional nesta fase de transição, onde o enfermeiro de família pode desempenhar um papel privilegiado de proximidade, facilitando este processo por meio de cuidados antecipatórios ao casal e família, nesta fase do ciclo vital.

O cuidado transicional traduz-se num conjunto de ações que assegura a continuidade de cuidados na transição entre diferentes níveis de cuidado. Para Bernardino et al. (2022) os cuidados de transição são ações com a finalidade de assegurar a coordenação e a continuidade de cuidados aos indivíduos transferidos entre serviços ou níveis de complexidade de cuidados. Os mesmos autores referem ainda que o planeamento adequado da alta hospitalar com ênfase na continuidade de cuidados traduz menos readmissões hospitalares.

Ainda que os enfermeiros reconheçam que a alta hospitalar deva ser um processo planeado e importante para permitir a continuidade e a segurança dos cuidados no domicílio, na prática, a sua participação neste processo ainda pode ser limitada, concentrando-se em ações pontuais de educação em saúde,

como é o caso da existência de uma ferida, no uso de medicamentos, nas mudanças do estilo de vida e acompanhamento no ambulatório, etc.

Portanto, pretende-se que a continuidade de cuidados permita a adaptação do doente e de toda a sua rede de apoio à sua nova situação de saúde/doença. E, nesse sentido, torna-se importante a aplicação de estratégias, para que se desenvolva uma comunicação eficaz a vários níveis de atuação, assim como, um trabalho de equipa coeso e a promoção do autocuidado, de modo que a continuidade de cuidados seja eficaz e não desorganizada.

Neste sentido, o enfermeiro assume o papel do profissional que melhor consegue articular os profissionais de saúde e o doente/ cuidador, sendo capaz de manter o elo entre a equipa de saúde para preparação da alta o mais precoce e eficaz possível. Assim, aponta-se na literatura que suas atividades face a alta hospitalar contemplam a identificação de critérios de elegibilidade para a alta; a discussão de sua previsão junto à equipa médica; a participação na elaboração do plano de alta; a recolha de informações sobre cuidadores e rede de apoio, bem como sobre os fatores facilitadores e dificultadores da continuidade dos cuidados; a comunicação com o doente e a família, procurando o envolvimento destes; e a elaboração e registo do plano de alta no processo do doente (Zanetoni et al., 2022). Ainda segundo os mesmos autores, o enfermeiro atua no ensino dos cuidados a serem realizados no domicílio, na elaboração da documentação necessária para a continuidade de cuidados e, na articulação com o serviço social para providenciar apoios sociais específicos.

Os momentos de transição de cuidados são múltiplos e diversos e vão desde os cuidados de saúde primários, hospitalares, os cuidados continuados integrados, mas também nas situações intrainstitucionais. Estes momentos consideram-se críticos para a segurança do doente, principalmente os momentos de admissão e alta hospitalar para o domicílio ou para outro contexto de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017). A transição bem-sucedida é o ideal em vários contextos, sobretudo aos relacionados com as doenças crónicas.

Um plano de cuidados de transição coordenado pode resultar numa redução do tempo de internamento e nas taxas de reinternamento, para adultos com necessidades médicas complexas (Bernardino et al., 2022). Cabe ao enfermeiro o planeamento, organização, execução e avaliação dos serviços de enfermagem e, a negligência de alguma dessas etapas pode levar à interrupção do cuidado despendido ao doente. Assim, a uniformização das informações das práticas assistenciais asseguradas por um instrumento pode garantir a transferência do cuidado e de forma eficaz e segura, além de evidenciar de forma concisa as habilidades dos enfermeiros na tomada de decisão, atitudes de liderança, habilidades técnicas, comprometimento e autonomia perante o processo de cuidar (Echer et al., 2021). Um cuidado integral, contínuo, coordenado e que satisfaça as necessidades de saúde dos indivíduos compreende a perspetiva da referência e da contrareferência e, uma adequada organização para os encaminhamentos de média e alta complexidade pode favorecer a transição do cuidado (Bernardino et al., 2022).

Para Silva et al. (2023) a alta hospitalar representa o retorno da pessoa hospitalizada ao domicílio e deve ser realizada de forma responsável, reforçando a autonomia e o autocuidado, visando a continuidade do tratamento. O planeamento da alta hospitalar ocorre de maneira centralizada no médico ou de uma forma planeada junto à equipa multiprofissional, a depender do contexto em que os participantes estão inseridos.

3. A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009) a criação da RNCCI procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Então, os cuidados continuados integrados compreendem um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centradas na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3857).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) refere que o seu propósito é promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional. Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996, p. 2960).

Segundo o Instituto da Segurança Social (ISS) (2018) a RNCCI é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a

prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. Esta resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS) e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social.

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006, p. 3858), a "prestação de cuidados continuados integrados dirige-se a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência". Para esse objetivo contribuem a "reabilitação, a readaptação e a reintegração social" e a "provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis" (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3858).

A RNCCI é portanto, um modelo que se situa num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, e assenta num modelo de respostas intersectoriais, cujos objetivos específicos segundo o ISS (2018) são: investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais e apoiar a criação de serviços comunitários de proximidade; e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações da funcionalidade.

A RNCCI inclui vários tipos de unidades, nomeadamente:

Unidades de Internamento:

- Unidades de Convalescença;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Unidades de Cuidados Paliativos.

Unidades de Ambulatório:

- Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia.

Equipas hospitalares:

- Equipa de Gestão de Altas (EGA), equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos.

Equipas Domiciliárias:

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3860).

A RNCCI surgiu para proporcionar a continuação de cuidados após internamento ou para pessoas funcionalmente dependentes, tendo como missão dar resposta às novas necessidades quer de saúde quer sociais e, segundo Broeiro-Gonçalves (2017), a população ao cuidado das equipas de cuidados continuados integrados é uma população de risco, pois é idosa, com baixa escolaridade e com elevada carga de doenças e de dependência.

Uma análise aprofundada e focada na atividade das entidades intervenientes no processo de referenciação, seja de natureza individualizada ou detalhada, permite apurar a conformidade ou não dos casos com dados globais de índole nacional e ressaltar pontos específicos de atuação, com impacto na atividade dos profissionais e na qualidade e oportunidade dos serviços prestados aos doentes. Rainho et al., (2020) realizaram um estudo de caso tendo concluído que o acompanhamento e monitorização da RNCCI poderá contribuir para local e regionalmente identificar constrangimentos organizacionais que poderão ser superados por intervenção dos próprios órgãos de gestão internos e/ou pela articulação com as Equipa Coordenadora Local (ECL) e Equipa Coordenadora Regional (ECR).

Os hospitais têm tido cada vez mais situações, em que os doentes com alta clínica, não têm condições para regressarem imediatamente ao domicílio e Antunes et al. (2018) realizaram um estudo sobre a rede de cuidados onde concluíram que para que o tempo entre a referenciação para a RNCCI e a alta hospitalar sejam diminuídos é necessário que haja uma otimização da cooperação e coordenação entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. A identificação precoce dos doentes que necessitarão de apoio após a alta clínica

permitirá uma resposta mais atempada por parte dos assistentes sociais e uma consequente melhoria do desempenho dos serviços hospitalares e satisfação dos doentes.

Contudo, o foco central do enfermeiro é o doente e nesse sentido ele atua na saúde e na doença, contribuindo para maximizar o potencial funcional e a independência física, emocional e social dos indivíduos.

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Nacional de Saúde, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos doentes para as unidades e equipas da RNCCI (Portaria n.º 50/2017, 2017).

Esta equipa faz o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência. Segundo a Administração Regional de Saúde do Norte (2024), a EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar que serve para a preparação e gestão de altas hospitalares em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença, com as unidades de média duração e reabilitação e com as unidades de longa duração e manutenção, existentes na área de influência hospital. A mesma deve assegurar a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares, a articulação com as ECR e ECL da Rede e, a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

Os serviços de internamento devem sinalizar e enviar à EGA os processos de todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

O Artigo 16º da Portaria nº 174/2014 (2014) menciona que as EGA integram um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar. Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito. Os conselhos de administração dos hospitais integrados no Sistema Nacional de Saúde (SNS) designam um interlocutor em cada centro de responsabilidade, departamento ou serviço, a quem cabe a articulação com a EGA e designam um responsável pela coordenação da EGA que articula com as ECL e com a ECR (Portaria n.º 174/2014, 2014, p. 4869).

A implementação do Serviço de Gestão de Altas representa um avanço para a continuidade do cuidado com uma mensuração difícil, dada a relevância da necessidade de integração dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um serviço que reforça a importância das pesquisas de intervenção e a função da academia nos hospitais de ensino. Destaca o papel da enfermeira com a função de enfermeira de ligação, dando visibilidade à capacidade de coordenação e gestão do cuidado por estas profissionais (Bernardino et al., 2021).

Neste sentido, para Loureiro (2020) o planeamento de alta deve ter como objetivos garantir que a alta clínica seja coincidente com a saída efetiva do hospital, assegurar uma maior eficácia na continuidade de cuidados pós alta, promover uma maior eficiência na utilização do internamento, promover a participação da família no cuidado ao doente, promover o trabalho de equipa para a alta do doente, identificar precocemente os doentes com menor apoio familiar e/ou social e aumentar a satisfação do doente e família e para que tal aconteça, a EGA pode propor como medidas, a dinamização das transferências de doentes da urgência para as enfermarias, a implementação de reuniões semanais em todos os serviços referenciadores do hospital, a divulgação dos objetivos institucionais aos profissionais do internamento e serviço de urgência, explicando a importância da sinalização/referenciação

precoces, melhoria da dinâmica de referenciação dos doentes à RNCCI e assim utilizar de forma mais eficaz as camas do internamento, e monitorização mensal dos doentes sinalizados/referenciados por serviço (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2017).

Se os enfermeiros, no desenvolvimento da sua profissão, estiverem despertos para a avaliação adequada dos doentes, poderemos implementar estratégias que aumentem a melhoria para a continuidade de cuidados, melhorando consequentemente a sua qualidade de vida.

3.1. A Continuidade de Cuidados no Contexto Hospitalar

O hospital tem como característica a abordagem do autocuidado e autonomia dos doentes para suas atividades de vida diária, além de incluir os cuidadores/familiares na assistência ao doente por meio do processo de educação em saúde a fim de prepará-los para a continuidade de cuidados.

Relacionado com a continuidade de cuidados, o conceito de transição de cuidados é descrito como a transmissão de informação entre profissionais de saúde, especificamente à enfermagem, nos diversos contextos é-lhes reconhecido um papel fundamental na escolha da informação e das intervenções que são fundamentais para uma efetiva continuidade dos cuidados nas transições intra e inter-hospitalares, bem como na transição para o contexto de cuidados de saúde primários (Pinto, 2023).

A partir da importância que atualmente tem a segurança do doente, tem-se identificado que realizar com qualidade as passagens de turno contribui para a prevenção de eventos adversos, já que favorece a comunicação e coordenação entre as equipas de saúde, assim como melhora a continuidade do cuidado (Yanez-Corral & Zárate-Grajales, 2016). Neste sentido, compreende-se a importância do papel do enfermeiro na identificação e

definição das prioridades assistenciais, com destaque para as habilidades de comunicação, negociação, autonomia e conhecimento técnico-científico.

Ferreira et al. (2011) entendiam que os aspetos relacionados com o planeamento da alta têm sido abordados no sentido de identificar quais os fatores que o influenciam e que determinam a sua efetividade, possibilitando a continuidade de cuidados, a recuperação dos doentes e a sua reintegração na comunidade. Apesar dos familiares ou cuidadores informais serem considerados como elementos importantes na assistência aos doentes após a alta, os profissionais de saúde tendem a não os incluir nos processos de tomada de decisão e do planeamento da alta. A qualidade da transição do cuidado em doentes crónicos, na alta do serviço de emergência, apresentou um nível moderado e Acosta (2016) constatou fragilidades no fornecimento de orientações sobre medicações, na inclusão do doente na tomada de decisão e no encaminhamento para consultas ou exames após a alta.

A continuidade de cuidados está relacionada com o aumento da satisfação dos doentes e existe evidência da sua associação com os aspetos da utilização de cuidados de saúde. Esta, também implica um trabalho de parceria, com a responsabilização de cada um pela sua saúde e a responsabilização de todos pela saúde de cada um, sendo a comunicação da informação entre todos os elementos o fio condutor nessa relação (Mendes et al., 2017). Garantir o cuidado transicional é importante para incrementar a qualidade dos cuidados, a satisfação dos profissionais, dos doentes e o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável.

3.2. O Papel do Enfermeiro Gestor na Continuidade de Cuidados

A gestão é um processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização. Sendo os enfermeiros um dos principais intervenientes na prestação de cuidados de saúde, é importante estabelecer ligações entre os resultados do doente e os cuidados de enfermagem. E, no campo da enfermagem, os enfermeiros gestores atuam como um elemento fundamental entre as necessidades dos doentes, dos enfermeiros e da própria organização. Para Silva e Potra (2016) os gestores da organização têm um papel muito importante na criação de condições para o desenvolvimento de um bom clima de trabalho e no estabelecimento de estratégias que possam melhorar o ambiente de trabalho, e induzir a satisfação profissional.

A OE (2015) considera que a gestão é uma área de intervenção da enfermagem essencial para a qualidade dos serviços disponibilizados à população, sendo precisamente uma das competências do enfermeiro gestor a promoção da conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.

Efetivamente, cabe ao enfermeiro gestor identificar as necessidades formativas da equipa, a gestão dos processos formativos e a aquisição de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros que gere, encontrar caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, sendo responsável por garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Devendo estar simultaneamente atento às necessidades dos doentes, à sua satisfação, promovendo a centralidade do doente no sistema de saúde e a construção de um serviço de saúde humanizado à sua medida, ou seja, mais adaptado às suas necessidades e expectativas (Bernardo, 2021; Vilela, 2016).

Sul e Lucas (2020) realizaram uma revisão *scoping* sobre o turnover em enfermagem e uma das conclusões foi de uma das áreas a necessitar de intervenção prende-se com a sensibilização dos enfermeiros em cargos de gestão para o seu papel decisivo e essencial na promoção da retenção de enfermeiros.

O enfermeiro gestor deve ainda, garantir a implementação e supervisão do conjunto de intervenções, integradas em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, a adesão aos sistemas de notificação deve ser fomentada pelo enfermeiro gestor perante a equipa que coordena, uma vez que os cumprimentos dos protocolos institucionais são fundamentais para operacionalizar a missão e os objetivos estratégicos da organização e, desta forma manter a qualidade e segurança da instituição.

Tal como refere o Regulamento n.º 101/2015 da OE (2015), o enfermeiro gestor deve exercer a sua atividade avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior (Diário da República, 2015, p. 5948).

O papel do enfermeiro gestor e/ou do líder é o de ajudar a dirigir as melhores práticas e estipular uma cultura correta de atuação. É necessário que esse líder possua competências necessárias para projetar, coordenar e promover os princípios e as práticas de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) desenvolveu um Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão e para a definição de padrões de qualidade, ordenados através de eixos de intervenção (Bernardo, 2021), que perspetivam, também o seu papel na garantia da continuidade dos cuidados.

Efetivamente, cabe ao enfermeiro gestor identificar as necessidades formativas da equipa, a gestão dos processos formativos e a aquisição de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros que gere, encontrar caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, sendo responsável por garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo estar simultaneamente atento às necessidades dos doentes, à sua satisfação, promovendo a centralidade do doente no sistema de saúde e a construção de um serviço de saúde humanizado à sua medida, ou seja, mais adaptado às suas necessidades e expectativas (Bernardo, 2021; Vilela, 2016).

Tavares e Silva (2010) realizaram um estudo acerca das barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas, tendo verificado que a comunicação pode ser uma barreira agravada pela falta de comunicação dos enfermeiros com as suas chefias, considerando que as chefias deviam adotar uma postura de maior proximidade e atenção para com eles e em relação ao cuidado que desenvolvem. A superação das barreiras passa pelos (as) enfermeiros (as) chefes, administradores da unidade de cuidados continuados e dos gestores da Rede considerarem e repensarem a dotação de recursos humanos capacitados e de recursos materiais necessários nestas unidades, pela aposta na capacitação profissional e criação de condições que possibilitem a efetivação da parceria com a família. Também Silva et al. (2017) analisaram os desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar e concluíram que os gestores de saúde dos municípios estudados ainda têm superficial conhecimento sobre as necessidades e possibilidades da atenção domiciliar, pelo que é importante que as redes de atenção à saúde devam operar construindo linhas de produção do cuidado e atenção, para que todas as redes estejam interligadas permitindo aos usuários transitarem entre um serviço de saúde e outro.

4. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

A investigação implica o “ato ou efeito de investigar, inquirir ou indagar”. Pode também significar o “estudo ou série de estudos aprofundados sobre determinado tema, numa área científica ou artística, em suma a realização de pesquisa” (Infopédia, 2024).

Indo ao encontro da definição do dicionário, podemos então considerar que a investigação de um determinado tema tem de partir de um interesse teórico e esse interesse vai influenciar o desenho do objetivo de pesquisa, então, a investigação não sendo comandada pela teoria, está relacionada com ela. Portanto, a opção por uma metodologia deve estar de acordo tanto com os objetivos da pesquisa como com os objetivos do estudo.

Para Martins (2004) a metodologia é uma disciplina instrumental ao serviço da pesquisa; nela, toda questão técnica implica uma discussão teórica. A pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise (Martins, 2004). Também para Britten (2011) a qualidade da pesquisa qualitativa deve ser entendida nos termos dos posicionamentos epistemológicos e ontológicos desse tipo de pesquisa, e não por contraste com os fundamentos positivistas. Uma pesquisa qualitativa pobre, não reflexiva e meramente descritiva, cuja análise nada acrescenta ao conhecimento de um fenómeno, facilmente cai no domínio da anedota (Augusto, 2014).

O foco de atenção da metodologia qualitativa é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenómenos estudados. A pesquisa qualitativa pode ser particularmente útil em situações em que variáveis relevantes e/ou seus efeitos não são aparentes ou quando o número de sujeitos e/ou dados obtidos são insuficientes para análise estatística (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Outra característica importante da metodologia qualitativa consiste na heterodoxia no momento da análise dos dados. A variedade de material obtido qualitativamente exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva. A pesquisa depende, fundamentalmente, da competência teórica e metodológica do cientista social. Trata-se de um trabalho que só pode ser realizado com o uso da intuição, da imaginação e da experiência do investigador (Martins, 2004).

“A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho” (Turato, 2003 in Nogueira-Martins & Bógus, 2004, p. 48).

Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004) na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são propositais (*purposeful sampling*), já que busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se como uma abordagem interpretativa e compreensiva dos fenómenos, buscando seus significados e finalidades, baseando-se numa perspectiva epistemológica em que o conhecimento resulta de processos dinâmicos que fluem dialeticamente (Penna, 2004).

A partir dos discursos pretendemos descobrir os temas estruturais extraídos das descrições textuais, e neste sentido, a nossa análise será baseada na abordagem de Giorgi (1992) onde reproduziremos descrições precisas da experiência dos enfermeiros obtidas nas entrevistas em confronto com a nossa experiência e a revisão efetuada.

Delineamos um processo rigoroso que segue as seguintes fases: ler a descrição completa para ter uma ideia do depoimento completo; discriminar unidades de significado dentro de uma perspetiva de enfermagem; transformar as expressões habituais do sujeito em linguagem de Enfermagem; sintetizar unidades de significado em depoimentos consistentes para a estrutura do fenómeno da continuidade de cuidados (Giorgi, 1992).

A abordagem de Giorgi é empírica por se basear em dados factuais que são reconhecidos para a explicação do fenómeno, a partir de um processo de análise e a partir do qual são gerados temas comuns e desta forma é criada uma descrição estrutural que constituirá os resultados da investigação (Gonçalves et al., 2021).

4.1. Justificação do Estudo

Este estudo surgiu da análise dos dados da instituição durante o ano de 2023 relativamente aos doentes sinalizados e posteriormente referenciados para a RNCCI, a qual entendemos ser conveniente que estes dados fossem sujeitos a uma análise mais aprofundada. Dos dados obtidos verificou-se um total de 2020 doentes sinalizados para a rede, dos quais 1518 foram efetivamente referenciados. Destes doentes referenciados, enquanto aguardavam vaga para os cuidados continuados foram reinternados 131 por agudização. Independentemente da tipologia a aguardar (tipo de unidades de internamento ou cuidados integrados no domicílio), a média dos dias entre a referenciação até à admissão efetiva na rede foram de 190,5 dias.

Em termos de internamentos sociais a instituição registou um total de 16 durante o ano de 2023.

De forma prática, a instituição necessita identificar quais as atividades que são desenvolvidas pelas equipas de enfermagem relativamente à continuidade de

cuidados e o que pode ser melhorado, no sentido de termos ações mais eficazes e eficientes para o regresso do doente ao domicílio devidamente reintegrado.

4.2. Da Questão de Investigação aos Objetivos

Com o presente estudo pretendemos contribuir para melhorar a qualidade da continuidade de cuidados de enfermagem em doentes que necessitem de continuidade de cuidados após alta hospitalar.

Campenhoudt et al. (2019) refere que a forma mais eficiente para dar início a um trabalho de investigação é expressar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida que expresse aquilo que o investigador procura saber, elucidar, compreender e melhorar.

Face à inquietação, este estudo pretende responder à seguinte questão:

Como se efetiva o processo de continuidade de cuidados nos serviços de internamento de um hospital para o domicílio?

No sentido de responder a esta questão, delimitou-se um conjunto de objetivos que pretenderam constituir apresentações claras e realizáveis, de acordo com os recursos existentes, com o desígnio de auxiliar o investigador a encontrar pistas e ideias de reflexão, esclarecedoras e orientadoras, indicativas das metas para o objeto em estudo (Campenhoudt et al., 2019). Procurámos que estes expressassem de forma clara a população alvo e a orientação a tomar na investigação, dando indicações sobre o tipo de estudo a empreender (Fortin, 2009). Assim, foi crucial a sua formulação com clareza no sentido de orientar a tomada de decisão associada ao percurso metodológico (Polit & Beck, 2018).

Neste sentido, os objetivos do presente estudo são:

- Compreender o processo de continuidade de cuidados, para o domicílio e para a rede de cuidados continuados;

- Conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas com a continuidade de cuidados;
- Identificar as fragilidades do processo de continuidade de cuidados nos serviços de internamento.

4.3. Tipo de Estudo

Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, porque pretendemos explorar o processo de continuidade de cuidados para o domicílio e para a rede de cuidados continuados, nomeadamente as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas com as mesmas.

Pretendemos ouvir e registar a descrição da experiência dos participantes de forma aberta, conforme defendido por Gonçalves et al. (2021).

4.4. Contexto e Participantes do Estudo

A determinação da população alvo, população acessível e amostra, é determinante para o processo de investigação, com o objetivo de tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos, de modo que a amostra seja representativa da população visada (Fortin, 2009).

No presente estudo optámos pela amostra intencional, em que os indivíduos possuem características pré-estabelecidas. A constituição da amostra foi determinada por aspeto relacionados com a acessibilidade, disponibilidade para participar, atendendo também às condições da experiência dos participantes na área em estudo, a continuidade dos cuidados, a sua

capacidade de comunicação, a qualidade de informação que nos podiam fornecer, em função das suas experiências.

Participaram no estudo 25 enfermeiros, de serviços de internamento de um hospital do norte de Portugal, sendo o limite dos participantes determinado pela saturação de dados.

Os critérios de inclusão sustentaram-se em quotas, segundo o proposto por Gonçalves et al. (2021) considerando-se: ter experiência de continuidade de cuidados e trabalhar em serviços de internamento diferentes, neste sentido entrevistamos 25 enfermeiros dos serviços de internamento.

4.5. Instrumento de Colheita de Dados

A estratégia de recolha de dados é determinada pela natureza do problema a investigar, procurando ir ao encontro dos resultados que se pretendem obter, tendo na sua operacionalização um método claro, fiável e coerente com a realidade (Fortin, 2009). O investigador deve determinar a estratégia e no tipo de instrumento de medida que possibilita a concretização dos seus objetivos, tendo em conta diversos fatores na seleção, entre os quais os objetivos do estudo; o nível de conhecimentos do investigador; a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais; a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida e, por último, a eventual conceção de um instrumento pelo investigador (Fortin, 2009).

A entrevista, é o método mais utilizado para a recolha de dados na investigação de natureza qualitativa, pois proporciona a recolha de informação que permite obter elementos detalhados relativos aos sujeitos, às suas conceções, ideias, perspetivas e interpretações pessoais relativamente a uma temática. É considerada um processo sistematizado de recolha de informação, do tipo inquérito e define-se pela comunicação e interação entre duas ou mais pessoas, da qual deriva a troca de informação: o entrevistado exprime as suas

percepções ou interpretações sobre um dado acontecimento ou situação, enquanto o investigador facilita essa expressão, com o objetivo de incrementar a profundidade dos dados, evitando que ela se afaste dos seus objetivos (Campenhoudt et al., 2019).

A entrevista presencial face a face permite minimizar a ausência de respostas e melhorar a qualidade da informação obtida (Gonçalves et al., 2021), pelo que foi considerado o método ajustado ao tipo de estudo que realizamos.

A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é fazer com que o entrevistador se coloque dentro da perspetiva do entrevistado (Patton, 1990).

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite, ainda, correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Existem três tipos de entrevista mais frequentemente utilizados: a entrevista estruturada ou fechada, a semiestruturada e a entrevista livre ou aberta. A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Este, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Ainda segundo os mesmos autores, é útil esclarecer que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semiestruturada, são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenómeno que interessa (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Na entrevista aberta e semiestruturada, o entrevistador deve ter o cuidado de observar os aspetos não-verbais. Há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Como refere Gonçalves et al (2021) a entrevista semiestruturada parte de um guião de perguntas, no entanto estas podem ser exploradas com mais ou menos detalhe.

No presente estudo, como estratégia de recolha de dados, utilizámos a entrevista semiestruturada. O instrumento de recolha de dados foi um guião de entrevista criado para o efeito que compreendia: o questionário de caracterização da amostra e um conjunto de 10 perguntas, com uma relação entre estas e os objetivos do estudo, que passamos a apresentar: 1) O que é para si a continuidade de cuidados?; 2) Como garante a continuidade de cuidados durante o internamento?; 3) Na sua opinião o que se deveria fazer para garantir continuidade de cuidados para o domicílio do doente?; 4) Na sua opinião como deve funcionar a continuidade de cuidados na rede de cuidados continuados?; 5) Como identifica a necessidade de continuidade de cuidados?; 6) Que atividades desenvolve para garantir a continuidade de cuidados nos doentes que acompanha?; 7) Com que frequência faz essas atividades?; 8) Na sua opinião e considerando o seu serviço, o que considera estar a funcionar bem e o que pode ser melhorado?; 9) Que instrumentos considera ser necessários para garantir a qualidade na continuidade de cuidados?; 10) Que utilidade vê na existência de uma escala para aplicar nos serviços sobre a continuidade de cuidados?

4.6. Procedimento de Colheita e Tratamento dos Dados

Depois de identificados os participantes, iniciamos a recolha de dados, que foi realizada através de entrevista semiestruturada, efetuada após a obtenção do consentimento informado e autorização da gravação em suporte áudio. A colheita de dados decorreu entre 9 de abril a 14 de maio de 2024.

O conteúdo das entrevistas foi gravado em suporte áudio e posteriormente transcrito na íntegra pelo investigador para suporte digital do “Microsoft Office Word”. A análise foi realizada através de análise de conteúdo segundo Bardin (2010).

A análise de conteúdo baseou-se no trabalho de Bardin (2010) seguindo as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados, que se compatibiliza com o modelo de Giorgi (1992).

A fase organização da análise subdivide-se em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses resultados. Sendo a pré-análise a primeira etapa da organização da análise é, por meio dela que o pesquisador começa a organizar o material para que se torne útil a pesquisa (Bardin, 2010). Nesta fase, o investigador deve sistematizar as ideias iniciais em cinco etapas: na primeira das tarefas da pré-análise o pesquisador deve fazer a leitura flutuante, que implica em conhecer inicialmente o material e criar familiaridade com ele; na segunda tarefa na pré-análise é a escolha dos documentos, após o pesquisador ter feito uma leitura flutuante ampla, realiza em seguida, a escolha dos documentos que comporão o corpus da análise de conteúdo (Valle & Ferreira, 2024). Contudo, para ter sucesso na seleção dos documentos, o investigador deve seguir as seguintes normas: a norma da exaustividade, que exige que nenhum documento seja omitido; a norma da homogeneidade, que impõe que os documentos escolhidos tenham o mesmo tema, de modo a possibilitar a comparação entre

eles; e, por fim, a norma da pertinência, que determina que os documentos selecionados devem estar relacionados com os objetivos da análise (Valle & Ferreira, 2024).

Ainda na pré-análise o investigador formula os objetivos, estes são os objetivos em geral, também formula o quadro teórico/pragmático, em que os resultados da análise serão tratados. Dando continuidade à pré-análise, o investigador deve assegurar a referenciação dos índices e a criação dos indicadores, que são elementos de marcação necessários para extrair a essência da mensagem das comunicações. Nesta fase, realizam-se operações de fragmentação do texto em unidades comparáveis para a categorização, com vista à análise temática, e de algumas modalidades de codificação para o registo dos dados (Urquiza & Marques, 2016).

A última tarefa que o investigador deve realizar na pré-análise é preparar o material, com o objetivo de o transformar através da padronização e equivalência. Para avançar nesta etapa, é necessário proceder à edição do material, fazer várias cópias para permitir a seleção das mensagens e também numerar os elementos do corpus (Cardoso et al., 2021).

Segundo Bardin (2010), ao realizar a exploração do material, o investigador deve definir as categorias, classificando os elementos que compõem um conjunto com base nas suas diferenças, e proceder ao reagrupamento por analogia, utilizando critérios previamente estabelecidos, com o objetivo de possibilitar a realização da inferência.

Além da ação mencionada, o investigador, durante a exploração do material, deve identificar as unidades de registo, com o propósito de realizar a categorização e a contagem de frequências. Esta tarefa tem como objetivo identificar a unidade de significação, captando os sentidos das comunicações, sem a necessidade de codificar segmentos de conteúdo que funcionem como unidades básicas. Na última etapa desta fase, o investigador deve identificar as unidades de contexto nos documentos, para compreender as unidades de registo. Esta operação visa individualizar a unidade de compreensão,

facilitando a codificação das unidades de registo de um segmento da mensagem analisada (Cardoso et al., 2021).

A fase final da etapa organização da análise é o tratamento dos resultados obtidos (em bruto) e sua interpretação. Nesta fase os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (<<falantes>>) e válidos (Urquiza & Marques, 2016). O pesquisador pode fazer operações estatísticas, simples ou até complexas, que possibilitem condensar e pôr em destaque as informações fornecidas pela análise.

A análise de conteúdo, enquanto procedimento de pesquisa, desempenha um importante papel nas investigações no campo das pesquisas sociais, já que analisa com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto, o que não lhe retira o crédito no aspeto da validade e do rigor científicos, já que tem status de metodologia, com princípios e regras bastante sistematizados (Cardoso et al., 2021).

Segundo Bardin (2010), citado por Cardoso et al. (2021), a matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, tais como:

- Material escrito, como: agendas, diários, cartas, respostas a questionários, a testes, jornais, livros, anúncios publicitários, panfletos, cartazes, textos jurídicos, literatura, comunicações escritas trocadas dentro de uma empresa.
- Oral, como: entrevistas, exposições, discursos.
- Icônico, como: sinais, grafismos, imagens, fotografias, filmes, pintura, etc.
- Outros códigos semióticos (isto é, tudo o que não sendo linguístico, pode ser portador de significações), como: música, dança, vestuário, posturas, gestos, comportamentos diversos, tais como os ritos e as regras de cortesia, arte, mitos, estereótipos (Cardoso et al., 2021, p.101-102).

Contudo, os dados advindos dessas diversas possibilidades de fontes chegam em estado bruto, sendo o conteúdo manifesto e explícito das mensagens, é

com base nele que se inicia a análise. Mas os dados não falam por si; eles precisam ser trabalhados de forma objetiva e sistemática pelo analisador para que se possa abstrair deles o(s) seu(s) significado(s), ou seja, o conteúdo oculto (Cardoso et al., 2021).

Como nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno, a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte são, pois, cruciais para atingir os propósitos do estudo (Nogueira-Martins e Bógus, 2004). Para apresentar os dados de forma clara e coerente, ele provavelmente terá que rever as suas ideias iniciais, repensá-las, reavaliá-las; novas ideias podem, então, surgir nesse processo. A categorização, por si mesma, não esgota a análise (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Face à compreensão, expressas pelos autores referidos seguimos as seguintes fases: na primeira fase foi realizada uma pesquisa com uma leitura fluente sobre o tema, de modo a familiarizar-se com os dados e escolher os documentos adequados para a análise do conteúdo; na segunda fase foi realizada uma análise do material obtido pelas entrevistas, permitindo assim criar os códigos iniciais, identificar temas, rever os temas, redefinir e nomear os temas, através da unidade de registo; e, por fim o tratamento dos dados obtidos e a interpretação dos mesmos, podendo produzir o relatório final.

Recorremos à transcrição do áudio para o Word, fizemos uma leitura de todas as entrevistas e assim codificamos as falas dos enfermeiros. Após essa codificação voltamos a fazer uma leitura para encontrar a lógica da organização dos temas, com base no conhecimento científico disponível, partindo desta forma para a análise dos dados.

4.7. Considerações Éticas

Para a elaboração de um estudo de investigação devem ser tidos em conta procedimentos que garantam o respeito pelos princípios éticos. Quanto à investigação qualitativa, existem várias considerações éticas a ter em conta, nos diferentes momentos da recolha e análise da informação recolhida. Neste sentido, foi solicitada autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração e à respetiva Comissão de Ética da instituição onde foi realizado o estudo, tendo o mesmo sido autorizado com o número 15/2024.

Relativamente aos participantes, antes de iniciar a entrevista, foi entregue um documento de consentimento informado, com explicação dos objetivos do estudo.

No sentido de assegurar o anonimato dos participantes recorreu-se a códigos de identificação, sendo estes identificados ao longo do trabalho por E1, E2, E3, E4, E5, ..., E25, bem como a garantia de anonimato e foi assegurada a confidencialidade dos dados.

5. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONTINUIDADE DE CUIDADOS: RESULTADOS

Neste capítulo vamos apresentar os resultados que emergiram da análise dos discursos dos participantes, pelo que organizámos a apresentação em função das áreas temáticas que emergiram.

Os conteúdos da análise advêm dos enfermeiros que participaram no estudo, cuja caracterização apresentamos no Quadro 1

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Caso	Sexo	Idade	Tempo de Serviço	Categoria Profissional	Especialidade
1	Feminino	45 anos	23 anos	Licenciatura	
2	Feminino	31 anos	8 anos	Licenciatura	
3	Masculino	47 anos	25 anos	Licenciatura	
4	Feminino	30 anos	7 anos	Licenciatura	
5	Feminino	24 anos	1 ano	Licenciatura	
6	Feminino	38 anos	12 anos	Licenciatura	
7	Feminino	33 anos	9 anos	Licenciatura	
8	Feminino	45 anos	24 anos	Licenciatura	Reabilitação
9	Feminino	39 anos	17 anos	Licenciatura	Reabilitação
10	Masculino	53 anos	31 anos	Licenciatura	
11	Feminino	41 anos	18 anos	Licenciatura	Reabilitação
12	Feminino	38 anos	15 anos	Licenciatura	
13	Feminino	23 anos	1 ano	Licenciatura	
14	Feminino	44 anos	22 anos	Licenciatura	Reabilitação
15	Feminino	38 anos	16 anos	Licenciatura	Reabilitação

16	Feminino	40 anos	17 anos	Mestrado	Reabilitação
17	Feminino	40 anos	15 anos	Licenciatura	
18	Feminino	35 anos	10 anos	Licenciatura	
19	Feminino	41 anos	18 anos	Licenciatura	
20	Feminino	30 anos	6 anos	Licenciatura	
21	Masculino	40 anos	14 anos	Licenciatura	
22	Feminino	37 anos	14 anos	Mestrado	Reabilitação
23	Masculino	59 anos	36 anos	Licenciatura	
24	Feminino	33 anos	10 anos	Licenciatura	
25	Masculino	36 anos	14 anos	Licenciatura	Reabilitação

Participaram no estudo 25 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (80%; n=20). Relativamente à variável idade, constatou-se que variou entre os 23 e os 59 anos, sendo a média 38 anos. Quanto ao tempo de serviço varia entre o 1 ano e os 36 anos, sendo a média de 15 anos. Relativamente à categoria profissional, maioritariamente são licenciados (92%; n=23). Quanto à área de especialidade, (32%; n=8) tem a especialidade e de reabilitação.

No que respeita à análise dos dados de natureza qualitativa, no quadro 2 apresentam-se os temas, categorias e subcategorias que emergiram da análise.

Quadro 2 – Temas, categorias e subcategorias que emergiram da análise

Tema: Continuidade de cuidados	
Categoria A: Durante o internamento	Subcategoria 1: Dados para decisão clínica
	Subcategoria 2: Experiência dos profissionais
	Subcategoria 3: Assegurar cuidados

	atempadamente
Categoria B: Destino pós-alta	Subcategoria 4: Acompanhar com informação
	Subcategoria 5: Assegurar cuidados depois da alta
Tema: Processos de avaliação	
Categoria C: Avaliação inicial	Subcategoria 6: Obtenção de dados
	Subcategoria 7: Estratégias de avaliação
Categoria D: Avaliação durante o processo assistencial	Subcategoria 8: Evolução do doente
	Subcategoria 9: Aprendizagem adquirida
	Subcategoria 10: Estratégias de avaliação
Categoria E: Identificar apoios	Subcategoria 11: Rede de cuidados
	Subcategoria 12: Organização do serviço
Tema: Contexto de continuidade de cuidados	
Categoria F: Aceitação de estratégias de continuidade	Subcategoria 13: Preparação da família
Categoria G: Preparação para a alta	
Categoria H: Regresso do doente ao domicílio	Subcategoria 14: Articulação com outros serviços de apoio social
Categoria I: Redes de apoio	
Tema: Processos de continuidade de cuidados no internamento	
Categoria J: Início do planeamento da alta	Subcategoria 15: Dependência da decisão médica
Categoria K: Processo de comunicação	Subcategoria 16: Passagem de turno
	Subcategoria 17: Carta de alta

Categoria L: Processo de planeamento	Subcategoria 18: Mapa global
	Subcategoria 19: Plano de cuidados
	Subcategoria 20: Segurança no processo
	Subcategoria 21: Recursos para a continuidade
Categoria M: Intervenções para a alta	Subcategoria 22: Evolução clínica
	Subcategoria 23: Planeamento das necessidades
	Subcategoria 24: Reabilitação
Tema: Preparação da alta para o domicílio	
Categoria L: Capacitar o doente	Subcategoria 19: Ensino
	Subcategoria 20: Reforçar o ensino
	Subcategoria 21: Tirar dúvidas
Categoria M: Capacitar o familiar	
Categoria N: Capacitar o cuidador/outras cuidadores	
Tema: Determinantes para o sucesso da continuidade de cuidados	
Categoria O: Propostas de melhoria	Subcategoria 22: Elementos de suporte
	Subcategoria 23: Uso de escalas de avaliação dos cuidados
	Subcategoria 24: Forças
	Subcategoria 25: Fraquezas
Tema: Suporte para a continuidade de cuidados	
Categoria P: Apoio de enfermagem especializada	

Categoria Q: Apoio médico especializado	
Categoria R: Apoio da família	
Categoria S: Apoio do serviço social	
Categoria T: Apoios sociais da comunidade	

5.1. Vivências em torno do conceito de Continuidade de Cuidados

A importância da continuidade de cuidados em rede é muito valorizada, quando se trata de doentes que precisam de cuidados especiais, como prevenção de quedas e úlceras. É importante que a equipa responsável pelos cuidados do doente esteja preparada para oferecer os cuidados necessários, mesmo que o prestador não consiga fazê-lo sozinho. Emergem dois tipos de continuidades: durante o internamento e para depois da alta.

Em alguns casos, já depois da alta, as famílias podem-se sentir sobrecarregadas com os cuidados que o doente necessita, considerando que levaram o familiar para casa sem interiorizar o que seria essa experiência e assim surge a exaustão que pode ser prejudicial para o doente.

Trazemos para este capítulo a visão dos participantes e a sua vivência sobre continuidades, operacionalizado no diagrama 1.

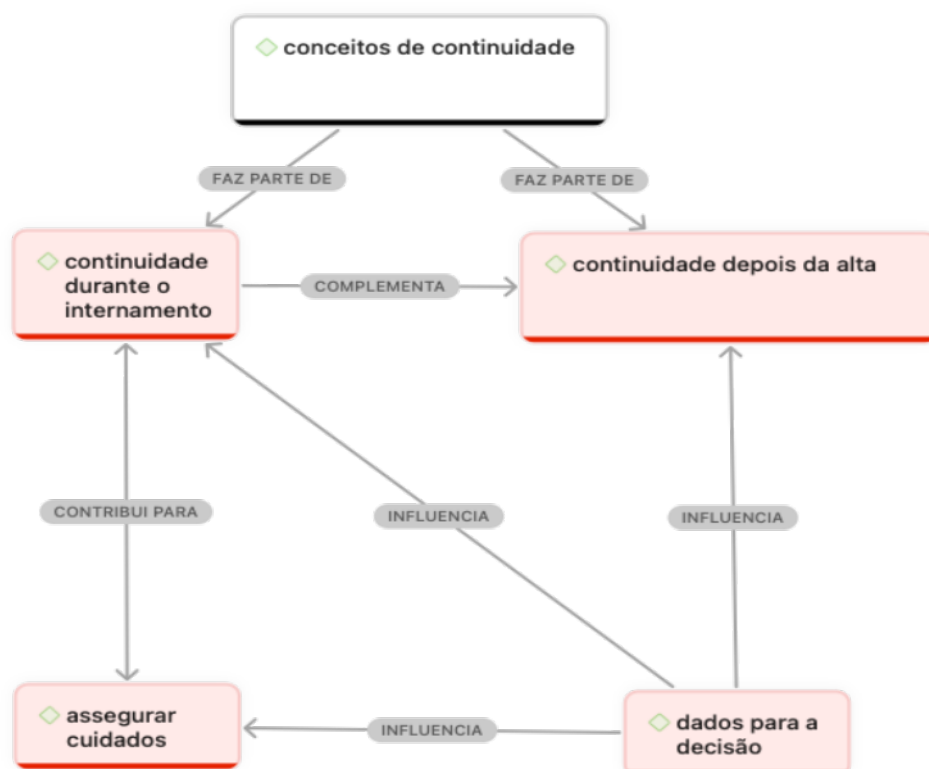


Diagrama 1 – Conceitos de Continuidade de Cuidados

Faz parte do conceito de continuidade de cuidados, quer a continuidade durante o internamento, quer a continuidade depois da alta e, onde a continuidade durante o internamento complementa a continuidade depois da alta, e através dos discursos dos participantes identificamos as categorias “durante o internamento” e “destino pós-alta”.

Os dados para a tomada de decisão, num planeamento de cuidados adequados ao doente, influenciam quer o ato de assegurar esses cuidados, quer a continuidade de cuidados durante o internamento e mesmo a continuidade de cuidados depois da alta. Portanto, assegurar os cuidados ao doente contribui para a continuidade dos cuidados durante o internamento.

Dos discursos sobre o conceito de continuidade podemos destacar a experiência dos profissionais quando temos relatos como “*A experiência que nós temos aqui no hospital, seja em que contexto for, os doentes regressando ou para o domicílio e/ou depois para outra rede de apoio tentamos dar uma continuidade ao cuidados prestados*” (E2), ou que a continuidade de cuidados é

“a manutenção de um plano que foi elaborado por alguém no início do processo, que depois tem que dar seguimento e avaliar a continuação da manutenção dos cuidados, melhorar os cuidados ou terminá-los quando tem resolução” (E3), (E6), (E7). Essa necessidade de continuidade de cuidados é identificada *“desde que a pessoa entra cá dentro no hospital, identificarmos aquilo que ele vai precisar quando tiver alta e tentar preparar a alta da melhor forma”* (E9), (E11), (E20), *“no fundo assegurar as condições para que haja uma continuidade de cuidados, todas as necessidades identificadas sejam resolvidas e com resposta a nível depois da comunidade”* (E11), (E12), (E24).

Essa continuidade só é possível quando *“nós darmos as ferramentas necessárias, tanto à família que o acompanha, não só a família, mas também os cuidadores informais e mesmo às instituições onde eles residem, capacitá-los de forma a eles darem continuidade aos cuidados, continuem os cuidados que nós cá oferecemos, de forma a promover saúde e a dar ganhos em saúde aos nossos doentes”* (E13), (E14), (E16), sendo um processo dinâmico *“dar seguimento ao plano de informação que foi criado na admissão até à alta, sendo isto dinâmico”* (E15), (E17), (E18).

Particularmente sobre a continuidade de cuidados no internamento, podemos destacar os relatos sobre o tempo correto para o seu início *“deveria ser logo iniciada, a alta deveria ser planeada logo no primeiro dia de internamento em equipa multidisciplinar, o que não acontece”* (E6) também para que se possa avaliar a evolução do estado do doente e dar continuidade às suas necessidades os enfermeiros fazem *“o registo documental no aplicativo informático”* (E7), (E10), (E17), realizam *“a passagem de turno, com a técnica de SBAR, e com uma vigilância cuidada do doente”* (E10), (E22), (E24) mas também *“abordando o doente, abordando os familiares e sabendo, aquilo que ele precisa ou não, quais suas necessidades”* (E9), (E10). Podemos ter ainda cuidados mais especializados e de qualidade quando *“enquanto enfermeira de reabilitação, perceber qual o potencial que o doente tem, em termos de reconstrução da autonomia e, implementar as estratégias focalizadas para maximizar as suas potencialidades e promover resultados dessa mesma autonomia”* (E11).

Relativamente à continuidade no pós alta, esta deve ser preparada para *“casa, para o domicílio, seja para outros cuidados, nomeadamente camas de retaguarda, lares, tudo que a comunidade tem para oferecer”* (E3), e deverá ser acompanhada com informação *“leva uma informação para a comunidade, também quando vai para a rede nacional de cuidados continuados. Sei que é feita a atualização no aplicativo da rede nacional de cuidados continuados, a qual eles têm acesso para haver a continuação e a continuidade de cuidados na rede”* (E7) ou *“os doentes que vão para o domicílio fazemos articulação depois com o centro de cuidados de saúde primários através da carta de alta ou muitas vezes entramos em contacto com os colegas dos cuidados de saúde primários também para assegurar qualquer informação que temos de reportar de uma forma mais específica”* (E11), (E4).

Os dados que permitem decidir o assegurar de cuidados, quer no internamento quer no pós alta podemos verificar nos seguintes relatos *“doentes que não têm as mesmas capacidades que tinham antes do internamento”* (E6), (E7), (E9), *“vejo quais as necessidades do doente, falo com a família, vejo quais as necessidades da família, aquilo que ele vai precisar, se a pessoa que irá cuidar dele está capaz”* (E9), (E11) e pelos registos *“os registos é o principal para haver essa continuidade de cuidados”* (E7), cuja orientação pós alta pode ser influenciada porque *“os cuidados eram muito parcos, de verdade, a disponibilidade e conhecimentos dos familiares”* (E6), também a decisão para continuidade de cuidados para a RNCCI pode ser evidenciada pelo relato *“é feita uma avaliação, neste caso, de medicina física de reabilitação, a nossa parte de informação de reabilitação, também a parte médica, e daí depois há um processo em que temos que fazer essa referência”* (E12).

A finalidade de assegurar os cuidados pode ser encontrada pelos relatos *“cuidados na rede de cuidados continuados, deve ser quando o doente passa de um meio hospitalar, em que se deve manter os cuidados até atingir um grau mais reduzido de dependência”* (E1), (E2) mas muitas vezes condicionada pelo valor monetário quando *“para uma ULDM o valor é tão alto que as famílias, mesmo não tendo as melhores condições em casa, acabam por levar o doente embora, e depois temos a exaustão do cuidador”* (E8).

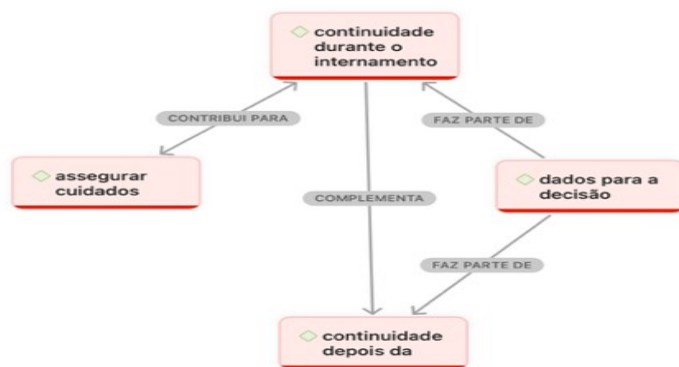


Diagrama 2 - Continuidade de Cuidados durante e após o internamento hospitalar

O ser humano, após o seu nascimento, cresce e vive numa rede de relações que pode ser representada tanto pela família, como a escola, a comunidade, o trabalho, entre outras. Essas relações que se estabelecem, tanto entre pessoas como pessoas e ambientes, nos momentos de crise ou mudança podem funcionar como um grande apoio de suporte assim, como podem criar oportunidades de desenvolvimento humano.

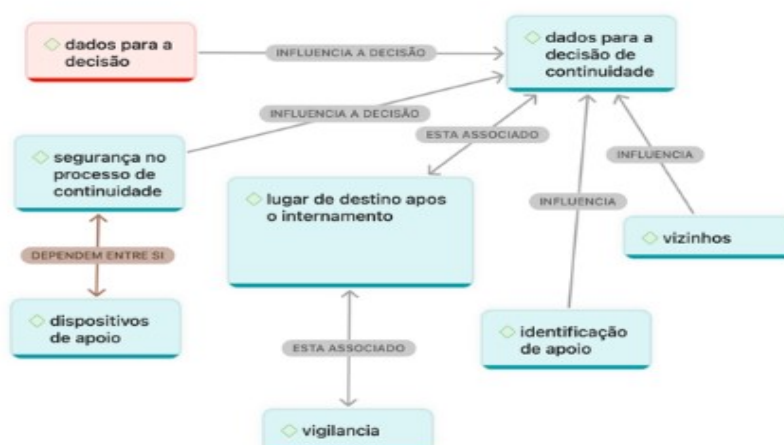


Diagrama 3 – Dados para a Decisão de Continuidade de Cuidados

Assegurar os cuidados contribui para a continuidade de cuidados durante o internamento, complementando assim a continuidade dos cuidados depois da alta clínica. Por outro lado, os dados para a decisão fazem parte quer da continuidade de cuidados durante o internamento, quer da continuidade de cuidados depois da alta clínica.

Em síntese, a avaliação das necessidades do doente para estabelecer um plano de cuidados e perceber qual será o destino mais adequado no pós alta hospitalar do mesmo, é importante para que os cuidados sejam assegurados e a sua finalidade atingida o mais cedo e o melhor possível, quer para o doente quer para a família, cuidador e/ou comunidade.

5.2. O processo de Avaliação na Continuidade de Cuidados

Os participantes identificam vários princípios para garantir o processo de avaliação. O diagrama 4 operacionaliza os contributos da avaliação no processo identificado e que muitos dos participantes apresentam discursos próximos.

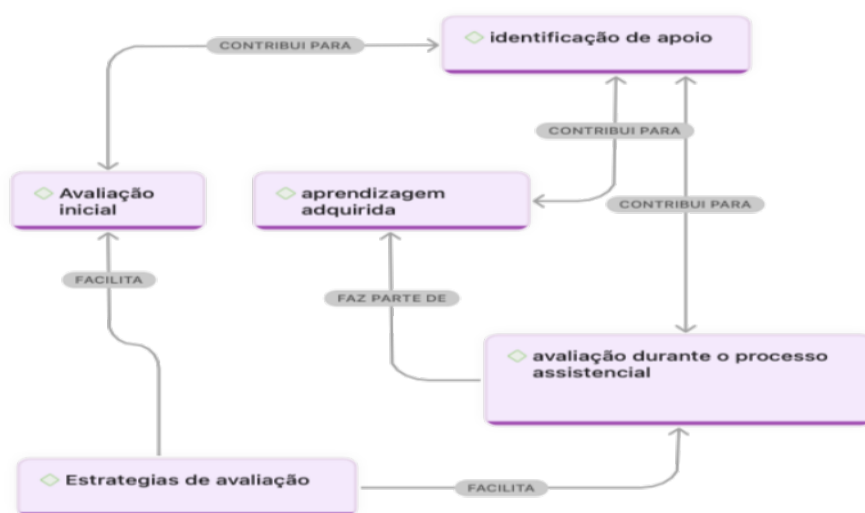


Diagrama 4 – Processos de Avaliação

A avaliação tem representação no início na admissão da pessoa no internamento sendo apresentada pelos discursos (em 40 unidades de registo) seguindo-se a avaliação durante o processo, verificamos também que as estratégias de avaliação facilitam quer a avaliação inicial quer durante o processo assistencial. Da avaliação durante o processo faz parte a aprendizagem adquirida e todos os dados contribuem para identificar os apoios.

Dos discursos identificamos a categoria avaliação inicial, evidenciando-se as fontes usadas para obter os dados e as estratégias, salientando-se *“fazendo avaliação ao doente, à família e precocemente identificarmos a necessidade, a partir daí faz-se a referenciação”* (E1), (E19), há mesmo participantes que individualizam *“a avaliação da família”* (E6) e ainda *“dependendo do que se pretenda ou da resposta que nós obtivemos, será fonte dos dados a família do doente”* (E3), (E6) e acrescenta *“Tem que ser a perfeita. Uma avaliação aqui, que é do contexto do seu familiar do doente. Uma avaliação do que era o doente”* (E6).

Referindo ainda que o faz *“na admissão, por entrevista, ao doente”* (E1) mas também *“junto das famílias dentro do possível, vamos tentando perceber quais são os conhecimentos deles, quais são as necessidades que têm de ensinios”* (E5) constando que *“avaliação inicial é na admissão”* (E1), (E6), (E16), (E22), (E23).

O conceito de avaliação inicial emerge no sentido de sequência de processo *“O doente entra no serviço, nesse momento, é confrontado como o doente está, com aquilo que a família nos diz e que o doente nos vai relatando e também a evolução”* (E7), *“Na avaliação inicial já sabemos que é para preencher como o doente era no domicílio, e depois quando fazemos o processo de enfermagem é como o doente está na altura da admissão...a avaliação inicial é uma maneira articulada”* (E1), (E25) acrescentando ainda outro participante *“Através da avaliação da colheita de dados, fazemos um plano mediante essa colheita de dados, por isso quais as necessidades a atender e na alta”* (E4), (E9) este mesmo participante refere que *“Eu pessoalmente costumo fazer uma avaliação*

mais cedo possível, logo no início. O meu início de turno é sempre iniciado pela colheita de dados” (E4) sendo que o início do processo contribui para “identificarmos as necessidades, garantimos que essas são transmitidas ao colega do exterior, a nível de registo informático, iniciamos os ensinamentos ao cuidador ou ao doente e vamos avaliando a evolução deles e a capacidade deles para adquirir os mesmos” (E5) acrescentam ainda a técnica de colheita de dados “Tentarmos fazer sempre a entrevista e falar com eles, porque às vezes a informação que nos dá é fundamental” (E17), (E19) mas também referem “avaliação inicial, observar o doente como deve ser” (E23).

Reiteram os participantes que a avaliação inicial *“é o suficiente para ter uma perceção mais clara das necessidades do doente, mesmo depois para a orientação, para conseguirmos transmitir essa informação às colegas” (E1), (E8), (E25) e ainda “avaliação inicial, acaba nem sempre por ser a ideal, enquanto que já vemos doentes, que têm critérios para a rede que, se calhar, não tinham necessidade de ir” (E5), (E15), (E16), contudo é reconhecido a possibilidade de melhoria “mas pronto, acho que poderia haver na avaliação inicial outros parâmetros que pudéssemos pôr lá” (E1).*

A avaliação tem repercussões nas decisões futuras, a evidência que contribui para a continuidade surge a partir dos discursos *“Deve-se avaliar junto da família quais são as possibilidades, o benefício seria o regressar ao domicílio, ao seu ambiente, mas quais são as capacidades para integrar o domicílio, quais são as disponibilidades e também vontade” (E5), (E21), (E23).*

Há ainda participantes que referem a necessidade de ser feita *“uma avaliação no serviço, por equipa multidisciplinar” (E9) especificando ainda “O enfermeiro, enfermeiro especialista, é quem orienta muitas vezes, é quem identifica as necessidades do doente depois de avaliado também o contexto familiar, ao nível do domicílio, para elaborar um plano adequado” (E12).*

A vivência dos participantes levou-nos a identificar uma categoria sobre a avaliação durante o processo assistencial contendo 29 unidades de registo.

Embora refiram que *“nós todos os dias avaliamos o nosso doente, não é pessoalmente no turno da manhã que quando também temos os cuidados de higiene e tudo o mais conseguimos sempre ter uma avaliação diferente do doente que temos à nossa frente, portanto acho que é uma avaliação continua que nós fazemos sempre todos os dias e vamos ver também a evolução que o nosso doente, a capacidade do doente de realmente colaborar ou não, vamos sempre vendo a evolução do doente e vemos depois o que realmente melhor se adapta”* (E11), (E13), (E23), (E24) e (E25) ocorrendo ainda à referencia de que *“é identificado, precocemente, a necessidade”* (E2), contudo *“às vezes até temos casos de pessoas que estamos a planear a alta, a família segura-nos que sim, que está tudo bem, que irá correr bem, e nós conseguimos detetar que não vai correr bem”* (E1), (E16), (E17). Acreditam os participantes que estão a desenvolver bem o trabalho nesta área afirmando *“aqui no internamento, eu acho que lá está, que funciona bem”* (E1), (E2) e acrescentam *“para validar as informações, atualiza-se depois que ele é operado”* (E2) ou mesmo *“ver se essa pessoa tem capacidade de levar para o domicílio”* (E6), (E9), (E18).

Esta avaliação ocorre particularmente quando *“um doente vindo de outro serviço, ou mesmo do regresso para o outro”* (E3) por isso fazem recurso a outras fontes de informação além do já referido *“Às vezes as notas clínicas dizem-nos muita coisa”* (E4) e ainda *“discutem em equipa, onde achamos que há ali necessidade de um apoio suplementar”* (E5), (18), (21).

A avaliação durante o processo, também surge associada a aspetos de evolução do doente *“Como identificar a necessidade de um doente quando entra, primeiro pela autonomia que ele tinha e que possa estar comprometido a alterações a nível da autonomia, riscos que ele possa ter mais acrescidos no âmbito da deglutição, no âmbito de riscos de úlceras de pressão, de queda”* (E9), (E15), surge ainda com particularidades para os enfermeiros de reabilitação, recorrendo a *“entrevistas familiares, o suporte dado ao doente, particularmente antes de ir para casa”* (E9), valorizando ainda a evolução *“Vamos vendo as necessidades que ele tem, um doente, por exemplo, que necessite continuamente de aspiração de secreções, que necessite de*

reabilitação” (E10) e ainda “Todos os dias os nossos doentes são avaliados de forma a perceber como é que eles se encontram e também para nós conseguimos ajustar o tipo de técnicas que vamos aplicar, para saber realmente se eles conseguem ou não progredir com ganhos em saúde” (E13). A presença da família também desencadeia este tipo de avaliação “porque temos cá a família e nós também fazemos uma avaliação da capacidade da família, tem de capacitar a mesma com a informação que nós passamos, também com os ensinamentos que fazemos e, vemos realmente, se tem capacidade de cuidar do nosso doente ou não, e depois sabíamos realmente se o doente precisa de cuidados mais especializados e vimos se o suporte também não é o mais adequado, nós também acabamos sempre por conseguir avaliar e perceber a necessidade do doente” (E13), (E14).

Faz parte do processo de avaliação durante a assistência, a aprendizagem adquirida, sendo referida em 4 unidades de registo e onde se refere que esta necessidade surge porque *“as famílias também já vêm às vezes com muita informação do lado de fora” (E1). Surge como momento particular para esta atividade aquando da alta “se foram internamentos mais ou menos longos, que está tudo assegurado, está tudo ótimo, o doente poderá ir para casa, está tudo bem, mas há necessidade de conferir a aprendizagem” (E2), (E3). Acrescem ainda esta necessidade para avaliares a perceção do estado dos doentes “ver qual é a perceção do estado da pessoa e depois convidar a participação nos cuidados” (E6).*

Surge neste contexto a particularização das estratégias de avaliação com 5 unidades de registo. As estratégias referidas iniciam-se por consulta de um mapa global *“Eu vou ao mapa global e vejo aquilo que tem sido feito naquele doente” (E4), as entrevistas à família fazem parte desta estratégia com intencionalidade, “Com entrevista à família, se tem apoio domiciliário em casa, se não tem, se o doente tem critérios para ingressar na rede nacional de cuidados continuados” (E4), (E6) mas este mesmo participante refere que a “avaliação pela equipa que verifica os critérios, se tem ou não para ingressar” (E4), (E14).*

Por último, compreendemos que todas estas avaliações também contribuem para identificar apoios e destes fazem parte 9 unidades de registo. O primeiro foco referido pelos enfermeiros é mesmo se está garantido e se leva o apoio *“identificação de apoio”* (E1), (E2), (E3). Surge ainda as causas para avaliação do apoio *“necessário pedir alguma especialidade, vai-se pedindo com antecedência, algum apoio domiciliário”* (E4) daí a necessidade de *“às vezes são operados e voltamos a questionar, à família sobre a necessidade de apoio”* (E4).

Novamente os discursos dos participantes levou-nos a identificar a categoria *“identificar apoios”* e como consequência desta identificação de apoio surge a necessidade de apoio para continuidade *“vezes com casos específicos de doentes que já cheguei a contactar com certas camas de retaguarda, tivemos um caso há pouco tempo em que foi necessário mesmo fazer uma visita à unidade para dar continuidade ao plano do doente”* (E14), e para a rede de cuidados *“Se ele foi para a rede de cuidados continuados, é porque, supostamente, necessitava de alguma ajuda, seja a fisioterapia, seja a nível de informação, que no domicílio não era possível fornecer naquele momento”* (E16) ou em situações de aprendizagens *“às vezes eles têm capacidade de aprendizagem, mas depois não conseguem executar as coisas e precisam de apoio”* (E14), (E16).

A identificação de apoio surge ainda associada à organização do serviço, *“mas aqui no serviço, quando detetam essa necessidade, depois têm processos de sinalização”* (E17), (E18).

Em síntese, os participantes discutem vários aspetos cruciais do processo de avaliação no internamento, destacando a importância da avaliação inicial e contínua para a qualidade do atendimento. O processo de avaliação é uma parte integral do atendimento no internamento, começando com uma avaliação inicial detalhada e continuada com avaliações diárias que adaptam os cuidados conforme necessário. Identificar apoios e usar estratégias adequadas são essenciais para assegurar que o doente receba cuidados holísticos e contínuos.

5.3. Contexto de Continuidade de Cuidados

O Contexto de continuidade de cuidados é uma decisão que exige a preparação dos doentes e cuidadores para a alta, quer seja para o domicílio quer seja para a rede de cuidados continuados, pelo que deve ser feita de forma cuidadosa e considerando a disponibilidade familiar. É preciso avaliar todas as necessidades e condições do doente para uma alta bem-sucedida. É importante que haja uma formação para os cuidadores desde o início do internamento e avaliações periódicas para garantir que as necessidades do doente são atendidas. Além disso, a informação precisa ser transmitida corretamente entre as equipas de saúde e os cuidadores para evitar falhas na assistência domiciliar.

Este capítulo explora os contextos e a preparação da alta e da família compreendendo que um dos passos é a aceitação, operacionalizado no diagrama 5.



Diagrama 5 – Contexto de Continuidade de Cuidados

A preparação da família está associada à preparação da alta do doente e, a preparação da alta do doente faz parte do processo de encaminhamento do mesmo quer para o domicílio, quer para as redes de apoio. Para que tal aconteça da forma mais saudável possível é necessário que as estratégias de continuidade sejam bem aceites, quer pelo doente quer pela família/cuidador e/ou comunidade, influenciando assim, a decisão para a escolha do regresso do doente para o domicílio ou passar primeiro pelas redes de apoio.

A “aceitação das estratégias” que surge como categoria identificada pelos participantes podemos ver nos relatos em que algumas estratégias não são bem aceites *“às vezes o próprio doente e/ou família, tem alguma dificuldade em aceitar algumas alterações”* (E1), (E2), (E15), (E16), além do que *“hoje em dia os familiares mais jovens não tenham disponibilidade para assumir esse papel de cuidador, mas existem outros que aceitam as estratégias”* (E20). No entanto, existem doentes e/ou famílias que *“aceita que o doente precisa de mais cuidados, e que se calhar, eles não conseguem voltar ao seu estado de prévio”* (E2).

De acordo com o destino do doente, é necessário a preparação da família sendo relatado que *“nós com antecedência vamos preparando a família”* (E1), (E2), preparando-os com *“explicar antecedentes, dependências, tudo relacionado com o doente, para lá está, manter essa continuidade de cuidados e responder as coisas que nos questionam”* (E2), (E15), (E20).

Especificamente em relação à “preparação para a alta”, esta é identificada como categoria após a análise dos discursos, uma vez que nos foi apresentado que a preparação para a alta do doente temos que *“o doente deve reunir as condições e só depois, então, regressar a casa”* (E1), (E2), e tal acontece logo desde *“no início do internamento, começamos a pensar na alta”* (E3), (E15), (E21), (E24). Verificamos também que devemos *“fazer todo o levantamento de necessidades de ensinamentos ao cuidador, a pessoa identificada como principal, no sentido de garantir a continuidade de cuidados”* (E8). Contudo verificou-se que caso seja previsível o ingresso do doente numa rede de apoio *“se for para os cuidados continuados, raramente se prepara aqui uma alta futura”* (E15).

Outra categoria emergente foi o “regresso do doente ao domicílio” e relativamente a este regresso do doente ao domicílio, vemos que *“para dar continuidade no domicílio, a formação dos cuidadores, deve estar mais enraizado desde o início do internamento”* (E15), (E5) e, neste caso sendo necessário uma continuidade de cuidados ter que articular com outros serviços de apoio *“...o domicílio. Através do centro de saúde. Parece também enviar a informação mais correta possível, de todo o processo a que o doente foi submetido”* (E23), (E24). Mas os profissionais no caso do regresso ao domicílio devem *“estar mais alerta para preparar o cuidador para uma alta para o domicílio”* (E15), não estando estes muitas vezes bem preparados para receberem os seus doentes *“acho que as altas para o domicílio são todas muito...Não são aldravadas, mas são muito forçadas”* (E25), (E4) ou não existindo disponibilidade familiar para tal *“tem que haver uma disponibilidade, que eu acho que é fundamental no momento em que vá para o domicílio, que haja disponibilidade familiar”* (E8).

Contudo, a preparação para a alta do doente pode ter uma continuidade em redes de apoio, surgindo assim mais uma categoria “redes de apoio” cuja função seja complementar *“conseguem perceber se alguma rede de apoio na comunidade para o seu doente que vai precisar”* (E2), como os cuidados de saúde primários, *“Mas quando o doente vai para o domicílio, além de articulação com este caso, os cuidados são os de saúde primários”* (E16). Além disso, *“parte realmente a nível de critérios para a referênciação, porque às vezes andámos a investir aqui num doente que nos diz que até vai necessitar de apoio lá fora e depois a família, já muda da opinião e não assume o doente”* (E21).



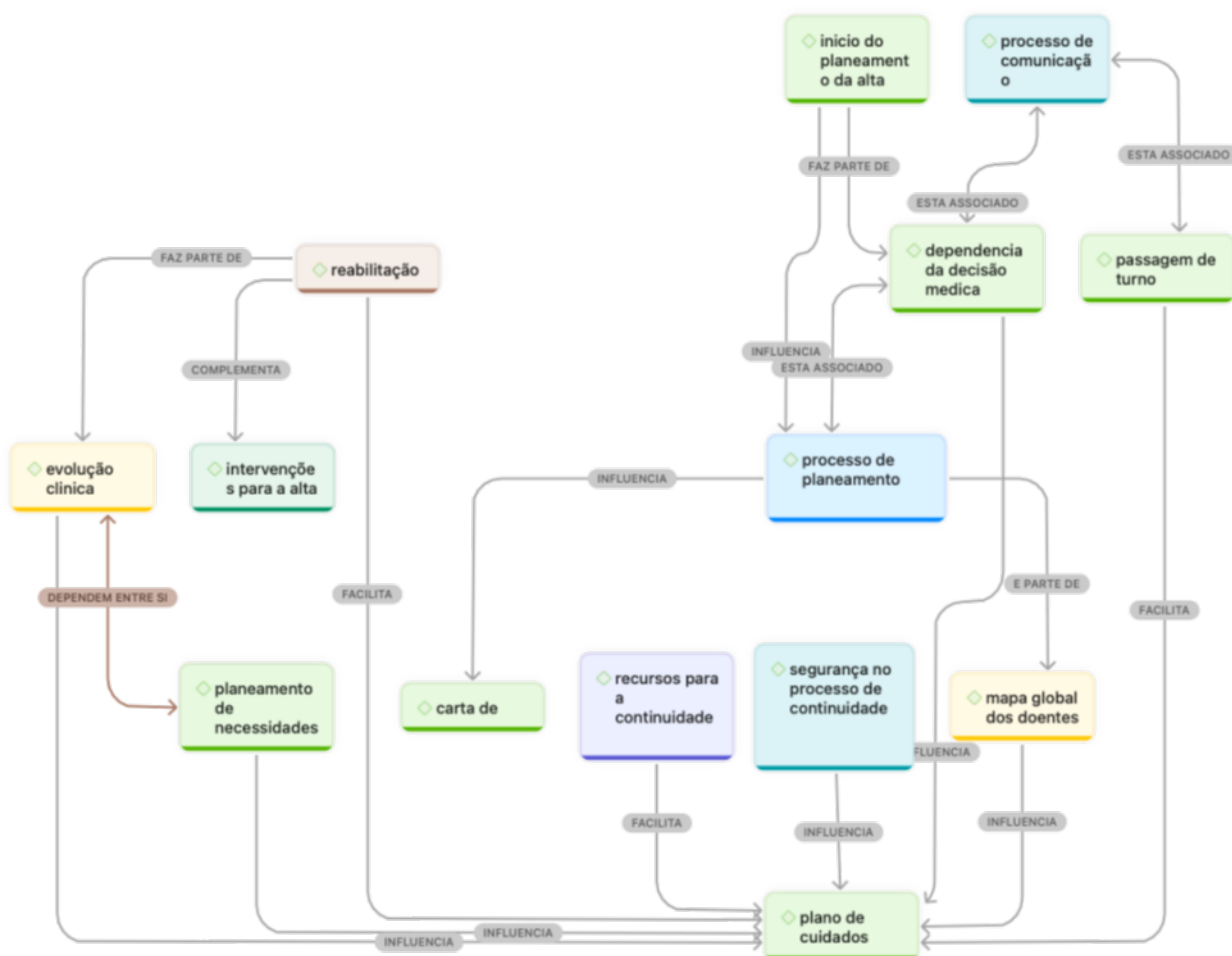
Diagrama 6 – Preparação para a Alta

Em síntese, para se contextualizar a continuidade de cuidados é necessário que exista uma preparação, quer dos doentes, quer dos cuidadores, o mais cedo possível e, para isso, é necessário arranjar estratégias que sejam bem aceites, que encaminhem a uma boa tomada de decisão para a continuidade de cuidados, seja para o domicílio, seja para a rede de apoio.

5.4. Processo de Continuidade no Internamento

O processo de continuidade no internamento é complexo pelos intervenientes e pelos objetivos pretendidos já que colocam em causa o garantir da segurança do doente, a qualidade e a segurança do próprio processo.

Neste capítulo pretendemos dar visibilidade à complexidade e às atividades até à construção da carta de alta, operacionalizado no diagrama 7.



O início do planejamento da alta faz parte da dependência da decisão médica e, que por sua vez influencia o processo do planejamento, estando também associado à dependência da decisão médica. Quer a dependência da decisão médica, quer a passagem de turno estão associados ao processo de comunicação.

O processo de planeamento faz parte do mapa global dos doentes e influencia a elaboração da carta de alta. Por outro lado, a passagem de turno, a reabilitação e o recurso para a continuidade de cuidados facilitam o plano de cuidados.

O plano de cuidados é influenciado pela dependência da decisão médica, pelo mapa global dos doentes, pela segurança no processo de continuidade, pela evolução clínica e pelo planeamento das necessidades.

A reabilitação também faz parte da evolução clínica, a qual, depende entre si com o planeamento das necessidades. Também a reabilitação complementa as intervenções para a alta.

O discurso dos participantes sobre o processo de continuidade levou-nos a identificar a categoria “início do planeamento”, em que as unidades de registo nos evidenciam que o início do planeamento começa com admissão do doente no serviço de internamento pelo que *“Preparar essa alta é exatamente no primeiro dia da admissão, para que consigamos obter maior número de informação e perceber as necessidades específicas do doente para além da situação clínica que motivou a vinda do hospital”* (E3), (E17), preparação feita através da comunicação com a família *“Falar com uma família”* (E7) e com o doente *“fazer então a entrevista ao doente e verificar depois quais são as necessidades”* (E19).

Relativamente ao “processo de comunicação”, também surge como categoria, uma vez que através dos relatos, este poderá estar comprometido *“comunicação, acho que há sempre falhas na comunicação”* (E13), (E8) devido ao encaminhamento dos doentes para redes de apoio *“Agora não é muito frequente porque muitos doentes são referenciados”* (E15) mas este processo também deve ir não só no sentido do doente, mas também no sentido dos profissionais *“a transmissão da informação também à equipa médica, ou, e a equipa multidisciplinar”* (E24).

Quanto à dependência da decisão médica, a alta clínica é decidida pela equipa médica *“Normalmente o que acontece aqui no nosso serviço da parte médica, ou seja, da parte mais clínica e biológica, dando alta pela parte médica”* (E1).

O “processo de planeamento” aparece como uma categoria onde deve ser incluída a família *“deve estar a família inserida no processo, junto com a carta de alta ou carta de transferência, continuar a pôr o processo o mais completo*

possível para que nada falte” (E3), a avaliação de enfermagem “Eu pego no processo do doente, vou ao mapa global, vejo o que foi feito para trás. Vejo as notas da entrada, se tem cuidador” (E3), (E13) entre pares “nós temos também obviamente a passagem de turno, nós passamos sempre a informação e mesmo os registos que nós temos, no SClinico com o nosso mapa de cuidados,” (E13), (E15), (E16) ou intraserviços “Quando é entre serviços, se vê que é um doente mais complexo costumo ligar ao colega que está na reabilitação ou do serviço” (E16) ou interserviços “Quando é para fora, para centros de saúde é uma problemática porque do outro lado já tive colegas a responder em que não têm conhecimento e muitas as vezes não se sentem à vontade, por exemplo, na área de inaloterapia, de dar continuidade ao ensino ou a uma supervisão do doente a fazer esse tipo de terapêutica” (E16).

Quanto ao plano de cuidados, este deve ser elaborado tendo em conta as necessidades do doente *“nós conseguimos planear e implementar e ver o resultado de que temos ali uma janela maior e melhor para conseguirmos concretizar o nosso plano” (E1), (E2), (E3), (E23), (E24), de forma individualizada “esta flexibilidade muito grande de fazer planos de cuidados, mesmo muito individualizados, temos diferentes especialidades, diferentes tipologias de doentes” (E2) e com registos nos sistemas de informação “O SClinico, o plano de enfermagem, é sempre atualizado, acho que é importante” (E10), (E15), “fazemos um plano, estruturamos um plano de avaliação. E fazemos, portanto, os diagnósticos de enfermagem com as medidas de intervenção para dar resposta a esses diagnósticos de enfermagem identificados e depois fazemos uma reavaliação para ver se houve resultados ou não com a nossa intervenção e, para isso atualizámos os diagnósticos ou desenvolvemos novas estratégias, novas intervenções para dar uma resposta mais eficaz a esses mesmos diagnósticos” (E4), (E11), (E17).*

Neste seguimento temos a elaboração do mapa global dos doentes que permite manter a continuidade de cuidados de acordo com as necessidades identificadas nos doentes, *“temos o mapa de transição de cuidados, que é feito através do ISBAR, que permite identificar as necessidades dos doentes e de*

colega para colega nós vamos mantendo a continuidade através do mapa global” (E16), (E25).

Após o levantamento das necessidades dos doentes passamos para a fase do planeamento das necessidades para que possam ser estabelecidas as intervenções adequadas, de modo a se obter ganhos em saúde *“cumprir o processo de enfermagem, que está orientado e tende no fundo, atingir as metas para o doente”* (E16) mas *“Nesse planeamento não está programado o ensinar e instruir os primeiros três dias, turno fixo, depois já passa para o treinar e isso é continuidade de cuidados”* (E15) e, preparando-os para regresso ao domicílio também de acordo com as suas necessidades *“Será preciso tirar os tapetes, por uma casa de banho mais funcional, esse tipo de coisas...”* (E19).

Outra forma de manter a continuidade dos cuidados nos serviços de internamento é através da passagem de turno *“vamos sempre passando doente, claro, todos os turnos”* (E1), (E3), (E15), (E23) tendo como apoio o mapa global, sendo mais fácil para a equipa se orientar nas necessidades dos doentes e assim manter a continuidade dos cuidados *“vamos sempre passando o doente, claro, todos os turnos, vamos passando sempre a sua condição clínica, como está a evoluir e exatamente essa parte de ir planeando”* (E2), (E7), (E11) e utilizando a técnica ISBAR *“fazemos a passagem de turno pela metodologia ISBAR e é sempre um parâmetro de que é mencionado na passagem de todos os doentes, a continuidade de cuidados”* (E11), (E21), (E22).

A evolução clínica do doente é importante para ajustar às suas necessidades *“vamos passando sempre a condição clínica, como está a evoluir”* (E1), (E2), (E3) sendo importante a visita médica *“acho que a visita médica deveria ter mais efeito”* (E10) dado que o doente pode evoluir (positiva ou negativamente) e necessitar de ajustar as intervenções *“Os doentes respiratórios podem descompensar facilmente. Já nós, trabalhamos mais o doente que é semiautónomo, que é um acamado, porque se compensa facilmente e temos que largar tudo para compensar o doente que descompensou”* (E15), (E17),

“Se o doente está mais estabilizado neste caso, precisa de uma continuidade de cuidados que não precisava na admissão” (E18).

Em termos de Reabilitação, esta também deve fazer uma avaliação mais específica do doente para perceber a sua capacidade na recuperação da sua funcionalidade e regressar, se possível, ao seu estado prévio *“reabilitação, dependendo, deve, na mesma, manter, para possibilitar sempre, sempre que possível, a maior independência do doente”, “perceber que potencial aquele doente tem, em termos de reconstrução da autonomia e implementar as estratégias focalizadas para maximizar as suas potencialidades e promover resultados nessa mesma autonomia” (E1), (E11), (E13)* mas por vezes é entendida como não tendo continuidade quando regressam ao domicílio *“eu acho que na reabilitação, embora tenha bons resultados, não há continuidade do que é feito. Por exemplo, nos amputados, se forem para casa, eles vão para casa e não vão referenciados para a enfermagem de reabilitação” (E22).*

Quanto aos recursos para a continuidade de cuidados, estes podem ser no próprio serviço de internamento quando *“é fundamental a parte do registo clínico, porque permite-nos mesmo, não só do turno anterior, que isso acabamos por passar entre nós, mas ir verificar em turnos anteriores o que é que já foi feito, o que é que necessita de reforço, isso é fundamental” (E6), (E25), (E4),* podem ser recursos pertencentes à comunidade *“Se vive só, mas quer ir para casa e tem os recursos da comunidade que possam dar apoio” (E1),* através de instrumentos como os panfletos educativos *“instrumentos, nós já temos panfletos que ajudam, mas... Se calhar, temos mais material físico para conseguirmos exemplificar de outra forma. Nós temos algum, mas muitas vezes não é o suficiente” (E12), (E13), (E14), (E20)* ou outro tipo de recursos como *“através desse e-mail, nem que fosse por contacto telefónico, as necessidades de continuidade de cuidados que o doente precisa e até deixar o colega à vontade para vir nos ligar ou até mesmo responder a esse e-mail caso as dúvidas surjam” (E16).*

As “intervenções para a alta” também surgem como categoria após a análise dos discursos dos participantes, dado que as intervenções para a alta do

doente devem ter em conta o destino pós alta pois, num doente que regresse ao domicílio é importante que a família esteja preparada para o receber convenientemente e muitas vezes isso não acontece *“acho que as famílias podem às vezes também não estar muito bem informadas”* (E1), (E16) e ter a informação o mais completa possível vai ajudar a definir as intervenções *“Muitas vezes não se consegue ter os dados todos, mas consegue se aproximar mais possível do que o doente era, da sua autonomia, como seria antes”* (E7) e aplica-las *“Essas atividades, de facto, passam muito pela instrução, pelo ensino e pelo treino, direcionado e em conjunto com os cuidadores. Em um determinado sentido, com frequência, faz-se essas atividades”* (E14).

Paralelamente, devemos ter em atenção a segurança na continuidade de cuidados, *“era uma boa maneira de nós conseguir fazer entender a nossa perspetiva que nem sempre será seguro o regresso do doente a casa”* (E1), (E6) e ter a certeza que os cuidados têm um seguimento mesmo durante o internamento *“todas as vezes que trabalho, essa continuidade é feita”* (E1) e ao mesmo tempo articular com a família *“tentar envolver a família e compreender quais são as possibilidades”* (E6), (E12) para se sentirem seguros *“participação do cuidador, para eles ganharem segurança”* (E7), (E11).

A carta de alta permite também uma continuidade de cuidados *“A continuidade será a carta”* (E1), (E3), (E12), (E14), (E17), (E18), (E24) e, se possível especificamente dos enfermeiros de reabilitação *“acho que havia de haver, na minha área, uma carta de alta de informação de reabilitação”* (E16) mas que poderia ser complementada com a consulta do processo pelos profissionais exteriores à instituição *“haver uma possibilidade de aceder diretamente a informações clínicas dos registos que nós fazemos aqui, acho que seria mais fácil essa consulta, muito as vezes, melhor do que nossas cartas”* (E7), (E8), (E21) garantindo assim cuidados de qualidade *“A carta de alta de enfermagem ajuda a garantir a qualidade, mas para além disso, muitas vezes é importante também fazer o tipo de contato com quem está do outro lado”* (E9), (E11), (E12). Contudo existe o receio de alguns cuidados não terem continuidade *“os doentes que não tenham tratamento de feridas, da parte da enfermagem,*

mesmo fazendo a carta de alta, nos cuidados primários não há continuidade daquilo que nós fizemos, mesmo na reabilitação” (E22).



Diagrama 8 – Segurança no Processo de Continuidade de Cuidados

A continuidade do cuidado é compreendida a partir da adaptação do sujeito do cuidado e da sua rede de apoio à nova situação de saúde-doença, tornando-se evidente a necessidade de aplicação de estratégias em prol da comunicação entre os diferentes níveis de atenção, para fortalecer o trabalho em equipa e favorecer o autocuidado dos doentes, tendo em vista também os cuidadores, quando estes são necessários, de modo que a segurança de todo o processo de continuidade esteja assegurada. Assim, a segurança no processo de continuidade e os dispositivos de apoio dependem entre si e, a supervisão da execução do cuidador e praticar os cuidados ensinados influenciam a segurança no processo de continuidade.

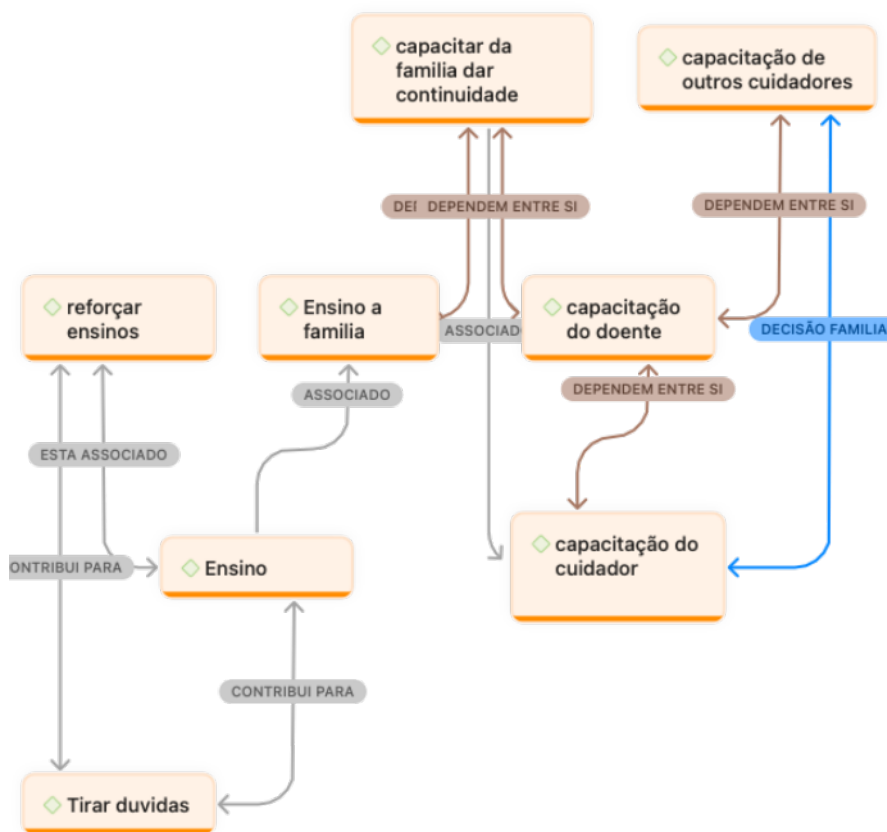


Diagrama 9 – Intervenções para a Alta

Em síntese, o início do planeamento da alta deve começar logo na admissão do doente no serviço de internamento, sendo importante o processo de comunicação, quer entre os pares, quer entre o profissional/ doente. Também a decisão para a alta clínica pode influenciar o plano de cuidados (individualizado) e o tempo de preparação da família. Os recursos para a continuidade de cuidados tanto no serviço de internamento como na comunidade, podem influenciar o modo de preparar o doente para a alta, sendo necessário envolver a família para criar segurança na prestação de cuidados.

5.5. Ações de Preparação da alta para o Domicílio

A preparação da alta é complexa porque além de ter intervenções para o doente, também deve ser direcionada para a família e/ou cuidadores. Há duas intervenções que surgem nesta preparação como seja a capacitação e ensinamentos, operacionalizado no diagrama 10.



A capacitação do doente para a continuidade de cuidados é uma ação dependente entre si com o capacitar a família, assim como a capacitação do cuidador ou outros cuidadores, através da decisão familiar com a mesma finalidade de permitir a continuidade dos cuidados no domicílio.

O discurso dos participantes sobre a preparação da alta para o domicílio levou-nos a identificar a categoria “capacitar o doente” e, para que haja a capacitação do doente é necessário que esteja associado o ensino, o qual está também associado ao ensino da família. O ensino contribui para tirar dúvidas e, além de estar associado à capacitação do doente, família e/ou cuidador está também associado ao reforço desses mesmos ensinamentos, cujo objetivo será permitir a continuidade dos cuidados com segurança. Por fim, o reforço dos ensinamentos contribui para tirar dúvidas e vice-versa.

Então, os ensinamentos devem ser orientados de acordo com as necessidades avaliadas, as vezes que forem necessárias ao doente *“vamos começando a fazer alguns ensinamentos dependendo dos cuidados que irá precisar”* (E1), (E2), (E4), (E15), (E21) assim como às famílias *“É necessário, por exemplo, o ensino à família sobre a transição que o doente está a sofrer”* (E1), já que o objetivo é o regresso do doente ao domicílio *“no caso do doente que vai para casa, nós temos que instruir o cuidado”* (E12), (E15). Os ensinamentos podem ser realizados através do discurso oral mas reforçado através de outras formas como *“nós também temos alguns panfletos, mas acho que só os ensinamentos de forma falada, muitas vezes as pessoas acabam por se esquecer e com a prática é mais fácil para aprender”* (E13).

Especificamente, os ensinamentos à família servem para orientar o seu destino no pós alta *“há necessidade da continuidade, quer-se orientar as famílias, fazer ensinamentos”* (E1), (E21), (E24) mas estes podem ser direccionados para alguém em específico, considerado o cuidador do doente *“A nossa prioridade é sempre fazer ao cuidador principal a pessoa que passa mais tempo com ele, mas gostamos sempre que possível, também, que a primeira pessoa, incluída nesse processo seja o próprio doente, e muitas vezes até outra pessoa que às vezes dá algum apoio”* (E2), (E12), aproveitando o tempo das visitas para o fazerem *“também fazemos esse tipo de ensino dos familiares durante a visita ao doente”* (E14), caso não haja visita regular ao doente, a família é contactada para agendar a visita de modo a serem efetuados esses ensinamentos *“às vezes acontece situações em que sabemos que existe um suporte familiar, mas que até não vem, aí contactamos e agilizamos uma vez que temos que fazer ensino e solicitamos a presença até no período da manhã”* (E21), (E22).

O reforço dos ensinamentos é importante para que não haja dúvidas que o conhecimento foi adquirido, quer pelo doente, quer pelo familiar/ cuidador *“reforçar esses ensinamentos várias vezes”* (E1), (E2) recorrendo ao reforço com a entrega complementar de informação *“fazemos o ensino e a instrução, e entretanto, damos os panfletos para garantirmos que ele entendeu e que se tiver alguma dúvida, possa recorrer a essa informação”* (E12), (E25). Ao avaliar a intervenção do ensino verificamos se ainda precisa de reforço ou não *“Ao*

fazer a avaliação vimos se realmente é necessário reprogramar o ensino, o treinar ou instruir e se já tem conhecimento, já tem capacidade, já não é necessário voltar a intervir sobre o mesmo” (E15).

Tirar dúvidas faz parte do processo de ensino aprendizagem e, como tal, o mesmo acontece também na saúde, onde existem dúvidas *“que tirem dúvidas, para garantir mesmo e, além do historial de cuidados” (E1), (E12), “e estamos disponíveis sempre para esclarecer com o doente” (E16).*

Os ensinamentos têm como objetivo capacitar os doentes *“incluído nesse processo é preferível que seja o próprio doente” (E1), (E3), (E7) tentando demonstrar como fazer “nós tentamos mostrar o que pode fazer em casa, como é que pode ser” (E12), as vezes que forem necessárias “as vezes que é necessário, depende muito da tipologia do doente e da necessidade que ele tiver de cuidados” (E14), (E19). “O doente consegue-se autocuidar e incentivar ao autocuidado em geral, não é? Do vestir, do alimentar. E perceber se o doente está ou não é habilitado neste caso, seja a nível psíquico, seja a nível físico para o fazer” (E18) dentro da sua capacidade ou do seu potencial de aprendizagem “tendo os diagnósticos de enfermagem, vamos ver o conhecimento que a pessoa tem e a capacidade, ou seja, o potencial para aprender e para fazer” (E22), (E25).*

Quando se trata de “capacitar a família”, outra categoria identificada pela análise dos discursos, deveremos avaliar a sua capacidade e potencialidade de aprendizagem *“de garantir, mesmo com a família, que existe essa capacidade” (E1), (E2) e depois avaliar se estão aptos e capazes de cuidar “nessa preparação é feito todo um ensino e à família e também perceber se eles estão aptos, mesmo estando a falar para leigos” (E16), (E22), cujo processo muitas vezes é difícil “é muito mais difícil chegarmos lá, a familiar, e conseguirmos uma relação que permita a continuidade de cuidados” (E25).*

Caso o doente ou família entenda que deverá ser alguém em específico a aprender sobre a continuidade de cuidados deverá ser esse cuidador a ser capacitado, então “capacitar os cuidadores” também surge como categoria, em que para capacitar os cuidadores funciona como com as famílias *“A nossa prioridade é sempre fazer ao cuidador principal a pessoa que passa mais*

tempo com ele” (E1), (E7), (E16), (E22). Através do processo de enfermagem “Nós durante o internamento dependendo do sítio onde o doente irá aquando da alta, temos toda a parte de capacitação do prestador de cuidados que é assegurada no sentido depois de ele próprio dar continuidade a estes doentes que vão para o domicílio” (E11), (E12), de acordo com a sua disponibilidade “até agendamos, muitas das vezes, quando estamos com a família, para amanhã programamos um ensino perante a disponibilidade do cuidador, para esta hora sobre este assunto” (E14), (E15).

“Capacitar outros cuidadores”, outra das categorias encontradas, terá de ser em concordância com o doente e a família, se assim entenderem *“e muitas vezes é até outra pessoa que às vezes dá algum apoio” (E1).*



Diagrama 11 – Plano de cuidados

A passagem de turno facilita quer o plano de cuidados quer a preparação para a alta do doente. O plano de cuidados, por sua vez, é influenciado pelo planeamento das necessidades, pela dependência da decisão médica, pela preparação da família e mesmo pela preparação da alta.

Fazem parte das intervenções para a alta a capacidade da família, a capacitação de outros cuidadores e o tirar dúvidas. Por outro lado, estas intervenções fazem parte dos ensinamentos, da capacitação do doente e do cuidador principal.

A preparação para a alta faz parte do processo da alta para o domicílio ou para as redes de apoio e, a aceitação das estratégias de continuidade influenciam a decisão do regresso do doente para o domicílio ou para as redes de apoio.

Em síntese, as ações de preparação da alta devem ser baseadas nos ensinamentos, de acordo com as necessidades avaliadas, incluindo sempre que possível a família, reforçar esses ensinamentos para que se possam tirar as dúvidas que vão surgindo ao longo de todo o processo de aprendizagem e, assim capacitar quer o doente, quer a família e/ou cuidador.

5.6. Determinantes para o sucesso do processo de continuidade de cuidados

Existem fatores que irão ser determinantes para que todo o processo de continuidade de cuidados seja um sucesso e, por isso é importante identificar esses fatores. Como resultado surgirão sempre propostas que podem ser usadas para melhoria em todo este processo de continuidade de cuidados, operacionalizado no diagrama 12.



Diagrama 12 – Determinantes para o sucesso do processo de continuidade de cuidados

Os elementos de suporte para a continuidade de cuidados estão associados às propostas de melhoria, que por sua vez também estão associadas ao uso de escalas de avaliação dos cuidados.

Como complemento das propostas de melhoria temos as forças e, por outro lado, as fraquezas influenciam essas propostas de melhoria. Então, temos que fazer uma avaliação ponderada do processo para que o resultado final seja positivo e vantajoso para todos os intervenientes.

O discurso dos participantes sobre os determinantes para o sucesso do processo de continuidade de cuidados levou-nos a identificar a categoria “propostas de melhoria” e, como elementos de suporte para a continuidade de cuidados poderá ser o uso de uma escala, que melhor defina o caminho a seguir de acordo com as necessidades avaliadas para o doente *“não tenho nenhuma ideia de que escala, nem conheço nenhuma. Mas seria útil para tentarem perceber a necessidade de uma continuidade de cuidados”* (E1) mas já existem instrumentos que podem ser uma mais-valia no processo de continuidade de cuidados, como é o caso do mapa global dos doentes *“o mapa de cuidados também acaba por ter uma ajuda, porque identificamos ali às vezes necessidades mais específicas, que precisam mesmo do reforço para*

não ficarem esquecidas” (E6), os panfletos informativos “fazemos o ensino e a instrução, e entretanto, damos os panfletos para garantirmos que ele” (E12), (E13), (E20) assim como outro tipo de instrumentos “Instrumentos: um email, telefones e cartas de enfermagem” (E16), (E22) e até o próprio registo no sistema de informação “Isto é um instrumento, um sistema de informação” (E17), (E18), (E21).

O uso de escalas de avaliação dos cuidados também pode estar associado às propostas de melhoria relativamente à continuidade de cuidados, uma vez que já existem escalas em uso para a avaliação do doente *“são utilizadas escalas a nível da avaliação do doente” (E2), (E16)* ter disponível uma escala que permitisse orientar a continuidade de cuidados seria um ganho para a qualidade na continuidade de cuidados *“Acho que isso seria útil para facilitar o caminho. Ou pelo menos para uniformizar o pedido de colaboração ou a avaliação de necessidades futuras” (E3), (E5), (E6), (E11), (E24)* e classificar de forma mais precisa e objetiva essa necessidade *“Será mais para qualificarem e para mostrar efetivamente a necessidade real” (E9), (E10), (E13), (E16).*

Então, faz sentido que existam propostas de melhoria tais como: formação *“se fizer uma formação, em termos de equipa, relativamente a este assunto, em que as pessoas estejam mais elucidadas na preparação da alta, não no dia da alta, mas previamente, e haver uma noção de serviços que têm que ser preparados com mais tempo” (E3), (E15), (E22),* mais recursos humanos para reforçar as equipas *“Se calhar, aumentar os recursos, que não é fácil” (E3), (E6), (E12),* um contacto telefónico com as equipas da comunidade *“Acho que é um contacto telefónico, provavelmente, com o enfermeiro de família e falar do doente, falar do doente e não só através de papel” (E9), (E21),* informação específica do enfermeiro especialista sempre que possível *“haver uma carta de alta específica do enfermeiro especialista” (E9), (E16)* ou até acompanhar o doente no domicílio *“Era um enfermeiro de facto poder-se dirigir ao domicílio do próprio doente e fazer esse acompanhamento. Eu acho que isso seria o ideal e depois preparar não só o domicílio como a família” (E14), (E22),* com uma articulação maior entre as instituições *“Uma articulação maior entre instituições,*

menos burocrático e uma proximidade mais informal, digamos assim” (E15) e, de uma maneira geral melhorar a comunicação dos profissionais “A parte informática, os registos, que são muito importantes. A comunicação, basicamente acho que é isso” (E24).

Podemos entender como forças neste processo a experiência e a flexibilidade na elaboração dos planos de cuidados *“até termos alguma experiência, esta flexibilidade muito grande de fazer planos de cuidados, mesmo muito individualizados” (E1), (E2), ter disponibilidade para envolver os cuidadores identificados “temos uma maior disponibilidade também para poder envolver a família nesse mesmo procedimento porque são internamentos muito curtos” (E6), (E8), (E12), ter recursos especializados “O que eu considero que está a funcionar bem é esta potencialidade que o serviço tem em ter recursos, neste caso enfermeiros de reabilitação, de segunda a domingo, todos os dias na parte da manhã” (E11), (E24), as passagens de turno “a passagem de turno no fundo, tentamos transmitir o mais corretamente possível as informações ao colega que segue no turno seguinte, isso é básico e acho que funciona bem” (E4), (E5), (E23), os sistemas de informação também acabam por ser uma força presente neste processo da continuidade de cuidados “os instrumentos que nós temos atualmente, de facto, são os registos informáticos, que por um lado são muito bons” (E14), (E24).*

Mas em qualquer processo existem as dificuldades e as fraquezas identificadas na continuidade de cuidados estão relacionadas com a rotatividade do serviço *“esta rotatividade grande de doentes cirúrgicos, de doentes e de várias especialidades” (E1), (E2), (E23), (E25), com o início tardio da preparação para a alta “certas situações não se deveria deixar para o último dia, que depois vamos prolongar o internamento desse doente mais um dia ou dois, à espera de colmatar as necessidades que é preciso resolver” (E3), (E7), o que poderá acontecer pela alta rotatividade e falta de tempo do serviço em contactar com as famílias “Às vezes nem sempre se consegue ter aquele tempo necessário, porque o nosso serviço tem muita rotatividade e às vezes nem estamos disponíveis e, entretanto, o cuidador já foi embora” (E3), (E6), (E10), (E12), (E24), também a falta dos registos atualizados nos sistemas de informação “se*

não houver um registo de informação bem documentado aí, falha muito na continuidade de cuidados” (E7), (E13), (E18), (E23) ou uma avaliação inadequada das necessidades do doente para uma continuidade de cuidados mais eficaz “sem saber se a retaguarda do doente está assegurada ou não e quais são as reais necessidades do doente” (E9), (E10). A falta de comunicação com os cuidados de saúde primários também pode ser entendida como uma fraqueza do processo “a comunicação com os cuidados de saúde primários é o nosso maior handicap. Isto porque muitas vezes o que está mais direccionado para os cuidados de saúde primários em termos de alta é propriamente se vai com informação para realização de pensos, leva algum dispositivo que precise de trocar ou de manutenção” (E11), (E13), em determinados serviços o rácio de enfermeiros não corresponde às necessidades “primeiro porque o número, o rácio para nós enfermeiros de reabilitação torna-se complicado conseguimos dar resposta, temos muitos doentes e na parte da tarde, passando para alargar o período de intervenção é mais difícil” (E11), (E14), (E15), (E25) ou a falta de trabalho em equipa multidisciplinar “médico não falar com a equipa de enfermagem que aqui, 24 horas sobre 24 horas, com o doente para perceber qual é que são as suas necessidades” (E4), (E18), (E21), (E22).

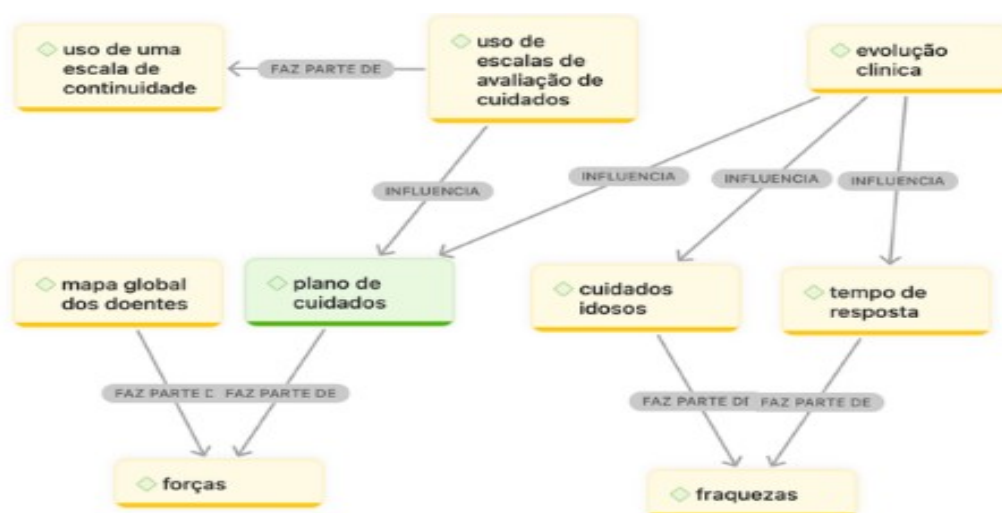


Diagrama 13 – Forças e fraquezas

A evolução clínica vai influenciar o plano de cuidados, os cuidados aos idosos e o tempo de resposta (que se traduzem nas fraquezas do processo). Já o uso de escalas de avaliação de cuidados faz parte do uso de uma escala de continuidade e influência o plano de cuidados, que juntamente com o mapa global dos doentes traduzem-se nas forças do processo.

Em síntese, o sucesso do processo de continuidade de cuidados está associado às propostas de melhoria que são colocadas em prática nos serviços de internamento, tendo como elemento de suporte o uso de escalas de avaliação, assim como apostar na formação dos profissionais, reforçar as equipas, ter informação específicas dos enfermeiros especialistas, reforçar a comunicação entre o serviço e as equipas da comunidade, com maior articulação entre instituições. Em todo o processo encontramos elementos que podem reforçar positivamente o processo, tais como: a experiência, os recursos especializados, sistemas de informação, etc, assim como o contrário, tais como: a rotatividade do serviço, o início tardio na preparação para a alta ou até mesmo a falta de comunicação.

5.7. Suportes para a continuidade de cuidados

Os suportes esperados para a continuidade de cuidados ajudam a compreender a complexidade do sistema de continuidade de cuidados e estão relacionados com outras categorias como seja a capacitação e a reabilitação, operacionalizado no diagrama 14.



Diagrama 14 – Suportes para a Continuidade de Cuidados

O apoio de enfermagem especializada encontra-se dependente entre si do apoio médico especializado e, ambos estão associados ao apoio da família.

Quanto aos apoios sociais na comunidade, estes fazem parte do apoio do serviço social e, tanto os apoios sociais na comunidade como o apoio do serviço social complementam o apoio de enfermagem especializada. Por outro lado, o apoio do serviço social complementa o apoio da família.

Relativamente ao “apoio da família”, que após a análise dos discursos dos participantes surge como categoria, esta pode sentir falta de apoios ou até que este não tenha condições de regresso ao domicílio *“a família não tem esse apoio, ou precisa de um tempo para organizar”* (E1), (E2), (E6), (E8) mas se existir comunicação *“Temos o telefone para comunicar à família”* (E3) pode criar um maior envolvimento da família *“Uma maior aproximação com a família e envolver mais a família na prestação de cuidados”* (E10), (E13) e perceber qual o suporte que o doente tem da parte da família *“é preciso avaliar o suporte desta família”* (E16), (E18), (E21).

Neste percurso é importante o “apoio de enfermagem especializada”, que surge como categoria, sendo solicitada sempre que necessário quer na instituição hospitalar *“quando há necessidade, também pedimos, por exemplo, a enfermeira especialista, o apoio dela em determinadas áreas”* (E6), (E11)

quer na comunidade *“a enfermeira de referência na comunidade, e tentar trabalhar com esse enfermeiro”* (E9), (E16) mas mesmo nos cuidados continuados pode não ser o suficiente para a continuidade de cuidados *“tendo o apoio das equipas de cuidados continuados ou da equipa de cuidados integrados, muitas das vezes não é o suficiente”* (E14).

Assim como o “apoio médico especializado” foi outra categoria encontrada pelo discurso dos participantes, surgindo para garantir a continuidade dos cuidados com segurança *“Aí é pedido o apoio da fisioterapia, depois faz essa referência, avaliação e referenciação”* (E14), (E16), (E22) e multidisciplinar *“Identificamos logo se é essa necessidade, cuidados de informação, cuidados médicos, cuidados de cinesiterapia, de fisioterapia, ou seja, para melhorar a sua autonomia e a sua condição”* (E24).

Também o “apoio do serviço social” surge como categoria pois tem um papel muito ativo na continuidade de cuidados, no sentido de perceber se as famílias têm condições e quais os apoios da comunidade necessários para assegurar essa continuidade no domicílio *“às vezes é só necessário um apoio do serviço social, nem necessita que tenha equipa de cuidados continuados. Vem cá a assistente social, fala com as famílias e depois é orientado o processo”* (E1), (E3), (E10), (E16) e para tal faz-se um pedido de colaboração *“às vezes chamamos a assistente social para verificar se há algum tipo de apoio de comida, de prevenção para alguns cuidados”* (E19), (E22) que nem sempre é fácil de atender *“O serviço social podia ser muito mais presente, no sentido de orientação dos meios disponíveis na comunidade, que não é, nós ainda continuamos a ter um serviço social por pedido, mesmo que identifiquemos a necessidade”* (E8).

Quanto aos “apoios sociais na comunidade”, a análise dos discursos também nos levou a considerar como categoria, sendo importante saber se existem e quais para poder articular a continuidade de cuidados *“saber se tem apoios sociais na comunidade”* (E1), (E11), (E14) para o doente ser preparado nesse sentido *“ver se há mais algum tipo de apoio da comunidade que possa colmatar a necessidade do doente naquele momento em que durante o tempo*

de internamento possa haver alguma preparação específica ou haver alguma articulação” (E16), (E22), como os centros de dia, associações, mesmo o apoio da autarquia “algumas associações, algum tipo de serviços que também possamos partilhar esses contactos” (E5), (E22), (E24).



Diagrama 15 – Rede de Apoio Familiar

A família tem sido um recurso por vezes negligenciado nas intervenções que visam estimular a continuidade de cuidados dentro do ambiente natural do doente e, para que tal não aconteça, estas devem ser inseridas no processo de mudança que o doente sofre quando se encontra internado, de modo que a sua transição seja o mais saudável possível.



Diagrama 16 – Rede de Apoio Social

As alterações sociodemográficas colocam dificuldades às famílias que, como suporte em caso de doença prolongada e/ou dependência física dos seus membros tem-se mostrado uma estrutura de apoio insuficiente. Mas ter uma rede de apoio social é um aspeto importante para a superação de crises que vão ocorrendo ao longo da vida, funcionando como um fator de proteção para o desenvolvimento dos membros da família.

Em síntese, o sucesso da continuidade de cuidados depende não apenas dos cuidados de saúde, mas também da interação da família e do momento em que ocorre a recuperação. É importante envolver a família na prestação de cuidados e fornecer apoio, especialmente quando o cuidador principal não está disponível. No entanto, algumas famílias não estão disponíveis ou não têm a capacidade de cuidar do doente, o que pode levar a ansiedade e incertezas e à necessidade de outros recursos ou apoios onde emerge a respostas na rede de cuidados continuados. É necessário avaliar o suporte da família e fornecer a capacitação adequada para garantir a melhor recuperação possível para o doente, mas também precocemente identificar os apoios necessários e disponíveis.

6. DOS ACHADOS AOS REFERENCIAIS DA EVIDÊNCIA:

DISCUSSÃO

O conceito de continuidade emergiu dos discursos em dois sentidos, a continuidade durante o internamento e a continuidade após a alta. Na continuidade durante o internamento a passagem de turno tem grande ênfase e é considerada um importante instrumento de trabalho para a organização e planeamento dos cuidados de enfermagem (Portal & Magalhães, 2008) e, um instrumento fundamental de comunicação é uma atividade dinâmica, cabendo ao enfermeiro coordenar os cuidados, planear a informação mais relevante, considerando que se trata de uma forma rápida de transmitir, receber e delegar atribuições, podendo também levar o grupo a funcionar cooperativamente, contribuindo para um melhor atendimento de enfermagem (Portal & Magalhães, 2008).

Para promover a continuidade de cuidados por vezes torna-se necessário a reorganização dos sistemas de saúde, que visa promover mudanças eficazes, acessíveis e resolutivas que perpassam pelos três níveis de assistência fortalecendo a integralidade dos serviços estimulando modificações no sistema de saúde a partir da adaptação do sistema para atender às condições crônicas, utilização da tecnologia da informação, promoção da educação permanente e continuada, coordenação, multidisciplinaridade e monitoramento de processos e resultados (Sousa et al., 2024), esta reorganização pode alterar a obtenção dos dados que são importantes para a decisão de continuidade de cuidados.

Por outro lado, a capacidade para o cuidado às pessoas com doenças crônicas num estudo realizado por Paula et al. (2022) foi classificada como básica. Os componentes com melhor e pior nota atribuída foram, desenho do sistema de prestação de serviços e suporte à decisão clínica, respetivamente. Estes resultados apontaram que é necessário investir, prioritariamente, em: feedback do especialista na contrarreferência, parcerias com a comunidade,

especialmente nas unidades que atuam no modelo tradicional e capacitação dos profissionais para apoio ao autocuidado.

Recordemos que é durante o processo de internamento que retiramos dados para tomar decisão da continuidade após a alta hospitalar. Embora a alta hospitalar seja o momento em que o doente abandona fisicamente o hospital, isto não é uma verdade absoluta, pois há doentes com situações complexas por problemas sociais e, a alta clínica não supõe a saída do doente do hospital, ou seja, embora o doente não apresente condicionantes do foro clínico para permanecer no hospital, por vezes o contexto social do doente não reúne as condições necessárias/básicas para a sua reinserção na comunidade, e como tal, o doente permanece hospitalizado enquanto a sua situação social não é resolvida (Ferreira & Espírito Santo, 2018).

A informação adquirida pela enfermagem permite obter dados importantes para a tomada de decisão. Assim, a OE (2007) ressalva a relevância que a “Informação de Enfermagem” tem, não apenas pelos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, mas também dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão.

Os dados para a decisão da continuidade de cuidados estão associados ao lugar de destino após o internamento e sofrem a influência da identificação de apoio, dos vizinhos, dos dados para a decisão e da segurança no processo de continuidade de cuidados. A segurança no processo de continuidade de cuidados também depende entre si, dos dispositivos de apoio.

Quanto aos processos de avaliação para a continuidade de cuidados podemos ver que é um processo complexo, com vários fatores a ter em conta, mas se existirem instrumentos que possam facilitar o progresso desse processo, melhor. Então Fernandes et al. (2022) analisaram o uso de um instrumento “Sistema de Classificação de Pacientes”, que foi aplicado em todos os doentes internados na unidade de clínica médica e que ao classificar o grau de dependência dos doentes em relação aos cuidados de enfermagem na unidade

foco do estudo, os cuidados mínimos e de alta dependência foram mais prevalentes, evidenciando a importância do uso de um instrumento de classificação como ferramenta para avaliar as necessidades dos doentes.

Para Manzano et al. (2023) a continuidade do cuidado é compreendida a partir da adaptação do sujeito do cuidado e sua rede de apoio à nova situação de saúde-doença e, é evidente a necessidade de aplicação de estratégias em prol da comunicação entre os diferentes níveis de atenção, para fortalecer o trabalho em equipa e favorecer o autocuidado dos doentes, que na opinião dos participantes, as informações não são compartilhadas entre os diferentes níveis de atenção e isso dificulta a continuidade do cuidado individual ao doente.

A falta de continuidade do cuidado pode ocasionar omissões ou duplicidades nas ações voltadas para o atendimento aos usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), gerando um possível agravamento da sua saúde e, Sánchez et al. (2023) realizaram um desenho de validade de conteúdo do questionário de continuidade de cuidados entre os níveis de atenção, tendo concluído que o questionário atingiu a validade de conteúdo esperada usando o método Delphi, para avaliar a continuidade do cuidado entre níveis de atenção em usuários com DCNT.

Relativamente às facilidades e aos desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar, tal como no nosso estudo, Gheno et al. (2023) verificaram que os participantes possuem um conhecimento satisfatório sobre o conceito de transição de cuidado, associaram como facilitadores do processo o gabinete de gestão de altas, os rounds multidisciplinares e o acompanhamento dos doentes pelos Serviços de Atendimento Domiciliar. No entanto, citaram como desafios, as lacunas na comunicação, as condições socioeconômicas dos doentes e familiares e os problemas com seguimentos pós-alta. Os resultados apontam para a importância da criação de equipas de gestão de altas nos hospitais e da realização de rounds multidisciplinares, como estratégias de melhoria do cuidado transicional.

No contexto de continuidade de cuidados é importante ter em atenção o contexto em que o doente está inserido para perceber como deverá ser

preparada a alta com a maior segurança possível. Depois de perceber esse contexto existe a necessidade de encontrar estratégias para que o processo decorra com a maior brevidade. Como tal, Bernardino et al. (2022) verificaram que os cuidados de transição são práticas coordenadas e eficazes para a continuidade dos cuidados na transferência do usuário na alta hospitalar, nesse contexto, as enfermeiras de ligação são potenciais protagonistas para estar à frente nesse processo de integração. As especificidades do conceito poderão favorecer a sua compreensão e a construção de conhecimentos que repercutam no cuidado coordenado e contínuo. Neste sentido, Almeida (2019) aponta que os cuidadores informais apresentam dificuldades a vários níveis do cuidar da pessoa dependente, fortalecendo a necessidade dos enfermeiros de reabilitação, no contexto da RNCCI, sendo necessário conhecerem essas dificuldades e planearem programas de apoio e intervenção a eles dirigidos, no sentido da sua capacitação. Também Leal et al. (2023) analisaram o significado atribuído ao papel do enfermeiro no cuidado à saúde mental e concluíram que pela diversidade e especificidade da clínica de saúde mental infantojuvenil há necessidade de uma desconstrução do ser enfermeiro, para tornar possível a produção de práticas mais inclusivas e autogénicas.

O processo de segurança para a continuidade de cuidados permite melhorar a qualidade do próprio cuidado e, nesse sentido, Oliveira et al. (2024) analisaram as práticas seguras para administração de medicamentos no contexto hospitalar e verificaram que as práticas seguras visam reduzir as ocorrências de eventos adversos e ações possíveis a serem implementadas para melhorar a segurança do doente e a qualidade do cuidado. Barbosa et al. (2023) analisaram a transição do cuidado no planeamento da alta hospitalar de doentes com doenças crónicas não transmissíveis e verificaram que houve comprometimento da equipa multiprofissional para a integralidade da assistência e envolvimento de familiares nos cuidados ao doente. Os documentos facilitaram a comunicação entre profissionais e/ou níveis de atenção. Todavia, a falta de tempo hábil para preparação da alta pode ocasionar um cuidado fragmentado, prejudicando a comunicação e colocando em risco a transição segura.

Moita et al. (2023) analisaram os registos de enfermagem e os cuidados com os acessos na hemodialise relativamente aos aspetos para a segurança do doente e concluíram que as intervenções por meio de educação permanente sobre os registos de enfermagem e a educação para a saúde sobre os cuidados com os acessos vasculares, geraram reflexões sobre a segurança do doente em diálise, bem como aperfeiçoou essa prática por meio de ações simples que impactaram positivamente tanto os profissionais como os doentes.

O processo de preparação da alta implica que o doente reúna condições de alta clínica e, que de acordo com as suas necessidades consiga regressar diretamente ao domicílio ou que tenha de passar por uma unidade de cuidados continuados. Mas este processo pode também ocorrer dentro da unidade hospitalar onde por exemplo Zimmermann e Bohomol (2023) analisaram o fluxo de valor no processo de alta de uma unidade de terapia intensiva e concluíram que a equipa assistencial da unidade realizou o mapeamento do fluxo de valor inicial, identificando oportunidades de melhoria como a implementação de ações de mudança de fluxos, treino e revisão de tarefas e, a utilização da ferramenta mapa de fluxo de valor teve implicações positivas para a gestão por processos pela possibilidade da visão sistémica de todas as etapas. Também numa atuação dos profissionais de enfermagem no processo de alta de neonatos em uma unidade de terapia intensiva neonatal, Vieira et al. (2023) verificaram que apesar da imprecisão da equipa de enfermagem quando questionada sobre o seu entendimento acerca do processo de alta, o mesmo é realizado adequadamente de forma intuitiva. Outros aspetos constatados foram a falta de capacitação dos profissionais sobre a temática do processo de alta, a inexistência de protocolo operacional padrão, assim como outro tipo de material de apoio para auxiliar tanto os pais quanto a equipa na padronização da alta hospitalar dos neonatos.

Segundo a Portaria n.º 38-A/2023 (2003), o planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da continuação e tratamento da recuperação dos cidadãos, seja através do regresso ao domicílio ou, sempre que a situação de dependência e ou incapacidade não o permita, e por

razões sociais, nomeadamente por insuficiente ou inexistente apoio familiar ou de rede formal de suporte, com recurso ao acolhimento em resposta social. Mas para que tal possa acontecer de forma segura e responsável, o profissional de saúde deve capacitar o doente, a família, ou quem quer que seja responsável pelo doente. Essa capacitação deve-se principalmente aos ensinamentos que são realizados pelo enfermeiro.

A continuidade de cuidados com base na rede de apoio social/familiar é importante para perceber o quanto as famílias/cuidadores estão preparados para receberem os doentes em situação de transição de cuidados e possam prestar esses cuidados com segurança sem o prejuízo do doente e da família. Lira et al. (2022) verificaram que as redes sociais dos cuidadores entrevistados são predominantemente pequenas, pouco densas, marcadas por fortes relações com familiares e amigos e, a abordagem pelo profissional de saúde, nomeadamente pelo enfermeiro, deve ter como objetivo o conhecimento das relações e como elas se estabelecem, de forma a fortalecer vínculos e realizar intervenções que visem uma melhor qualidade de vida para os cuidadores.

O apoio da família é influenciado pela avaliação do processo em uso e a capacitação do doente facilita esse apoio, por outro lado a capacitação do cuidador principal ou de outros cuidadores fazem parte do apoio à família. A avaliação do processo em uso também faz parte do assegurar dos cuidados que por sua vez influencia a reabilitação do doente.

Podemos considerar como rede de apoio um grupo de pessoas que estão dispostas a ajudar alguém que pertence à sua comunidade, sempre que necessário. Essa rede de apoio pode ser formada por avós, tios, filhos, irmãos, parentes, amigos ou vizinhos. Para que a rede possa funcionar bem e sem desentendimentos, é fundamental que as pessoas que a compõem estejam em sintonia, ou seja, possuam os mesmos valores. Seibel et al. (2017) verificaram se a qualidade da rede de apoio social dos cuidadores das famílias influencia longitudinalmente o funcionamento familiar e, concluíram que é importante a investigação sobre as relações familiares em seus contextos, a partir de uma perspetiva da rede de apoio social como fator de proteção. Mesmo em

situações de vulnerabilidade social e considerando diferentes etapas do ciclo vital familiar, a rede de relações da família apresenta significativa influência sobre a qualidade das relações intrafamiliares, a sua estrutura, coesão e adaptabilidade.

Os efeitos de uma boa função familiar para o tratamento da hipertensão, a perceção dos idosos acerca do cuidado prestado a eles pela família, além da participação de profissionais nas relações, como um fator determinante para a saúde do idoso, permite observar que os efeitos da disfunção familiar no contexto da hipertensão arterial sistêmica, pode ser um grande fator de risco para a adesão do idoso ao seu tratamento de forma correta (Sardinha et al., 2023).

Para que a continuidade de cuidados seja efetiva quer durante o internamento, quer após a alta do doente para o domicílio/ rede de apoio, é importante uma boa avaliação inicial aquando da admissão do doente no serviço, para que seja estabelecido um plano de cuidados mais adequado e eficaz. O envolvimento da equipa multidisciplinar vai permitir uma melhor tomada de decisão e, uma boa comunicação entre pares e profissional/doente pode-se revelar uma estratégia positiva para uma continuidade de cuidados eficaz, quer durante o internamento, quer no pós-alta do doente.

7. CONCLUSÃO

Considera-se que o mundo em evolução, no presente século, cede lugar às novas formas de pensar, num processo de constante movimento, transformação e de debate de ideias. Esse movimento atinge todos os povos e civilizações, contribuindo para o avanço de dimensões humanas e de seus ambientes.

Na enfermagem, sendo o cuidado o principal eixo, quer da profissão quer da disciplina, requer a existência de uma construção coletiva, em que cada participante está em constante evolução, aberto a mudanças, a lidar com diferentes contextos da saúde. Cuidar engloba a parte mais profunda de cada ser, transformando e modificando mutuamente, no tempo e no espaço, os fenômenos associados à existência, num universo de transformação contínua.

O desenvolvimento deste estudo permitiu reforçar a importância do papel do enfermeiro numa instituição hospitalar, onde as suas competências permitem atuar em doentes com alterações funcionais, promover a sua independência e prevenir complicações, envolvendo o doente, a família e os recursos da comunidade. Perante estes dados, a articulação entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas é importante, para que os doentes que necessitam de apoio após alta hospitalar tenham uma resposta mais atempada e acertada, de modo a recuperar a sua funcionalidade ou incapacidade o mais rápido possível e possa retornar ao domicílio nas melhores condições.

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo da continuidade de cuidados, com a obtenção de dados para tomadas de decisão adequadas e eficazes permitirão aos serviços melhorar as suas prestações e encaminhar os doentes para o domicílio de forma mais segura.

A humanização em saúde é uma das políticas prioritárias do setor da saúde. Promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionadas com o contexto em que se desenvolvem. Neste âmbito, a identificação de diagnósticos de enfermagem é

determinante para proposta de intervenções com integridade referencial para os mesmos, e para a avaliação das intervenções, garantindo a sua sustentabilidade.

Para percebermos como se efetiva o processo de continuidade de cuidados nos serviços de internamento de um hospital para o domicílio, traçámos como objetivos do estudo: compreender o processo para o domicílio e para a rede de cuidados continuados; conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas com a continuidade de cuidados; e identificar as fragilidades do processo de continuidade de cuidados.

O estudo permitiu concluir que a continuidade de cuidados para o domicílio apresenta mais fragilidades do que se pensava inicialmente, dado que os enfermeiros apesar de compreenderem o processo da continuidade de cuidados, apresentam algumas dificuldades no desenvolvimento das atividades que permitam o regresso do doente ao domicílio de forma eficaz e segura, sendo mais fácil agilizar este processo através da rede de cuidados continuados, despendendo menos tempo com o doente e família.

Foram identificadas as estratégias utilizadas quer para a avaliação do doente, quer para a sua preparação para a alta/regresso ao domicílio, que facilitam a avaliação do processo assistencial. Também é de ressaltar que capacitar o doente, a família/cuidador é uma estratégia de segurança para o regresso do doente ao domicílio. Ensinar, reforçar os ensinamentos e tirar dúvidas exige um pouco de tempo que deve ser disponibilizado para o efeito, apesar da falta de tempo e de recursos ser uma fraqueza neste processo.

A continuidade de cuidados é promovida através do plano de cuidados individualizado, de um mapa global de doentes, dos registos efetuados em sistema de informação e, por vezes, com o apoio de enfermagem especializada, o que se torna uma mais-valia para o doente. Contudo, existem mais dificuldades para a continuidade de cuidados no pós alta já que os participantes entendem que por vezes a comunicação através da carta de alta com os serviços da comunidade ou rede de cuidados continuados não é suficiente ou eficaz.

Perante o tempo disponível para o desenvolvimento deste estudo, que foi escasso, não foi possível aprofundar o tema e as suas categorias, de modo a avançar para a construção de um instrumento que permitisse avaliar as necessidades do doente e, qual o caminho a seguir para o seu regresso ao domicílio ser o mais eficaz e seguro, mas que poderá servir para investigações futuras, contribuindo para a valorização da profissão de enfermagem. Mas apesar dos aspetos dificultadores, consideramos que os objetivos propostos para a realização deste estudo foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. (2016). *Transição do cuidado de pacientes com doenças crónicas: do serviço de emergência para o domicílio*. (Tese de pós-graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/152735>
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2024). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/gestao-altas-hospitalares/>
- Alencar, T., Sales, J., Sales, J., Rodrigues, C., Braga, S., Tavares, M., Alencar, I., Cavalcante & E., Alves, D. (2022). Cuidados de enfermagem aos pacientes com estomia: análise a luz da teoria de Orem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(37). <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ovi6jxhvwj>
- Almeida, F. (2019). *Conhecer para capacitar o cuidador informal da pessoa dependente em contexto de cuidados continuados: intervenções do enfermeiro de reabilitação*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6160/1/FranciscoJoseFreixinhoAlmeida_RelatorioFinal.pdf
- Andrade, S., Costa, M., Oliveira, L., Debetio, J., Hermida, P. & Lima, L. (2021). Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://www.scielo.br/j/ean/a/7shMcHgv3mrBSpwhdZ7vsgH/?format=pdf&lang=pt>

- Antunes, H., Silva, E., Eliseu, M., Parada, B., Cunha, M., Roseiro, A. & Figueiredo, A. (2018). Supportive care network: evaluation of its impact on the performance of a urology department. *Acta Medica Portuguesa*, 31(11), 656-660.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9940>
- Araújo, J., Silva, J., Oliveira, S., Costa, A., Santos, F. & Silva, J. (2022). *Ações de enfermagem desenvolvidas em um ambulatório de feridas para o autocuidado baseado na Teoria de Orem*. VIII Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas: entre laços e entrelaços. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(1 Supl 1).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/e25cutjryf>
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. *Fórum Sociológico*, série II.
<https://journals.openedition.org/sociologico/1073>
- Barbosa, S., Zacharias, F., Schönholzer, T., Carlos, D., Pires, M., Valente, S., Fabriz, L. & Pinto, I. (2023). Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 76(6).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/1l5udiofiz>
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?format=pdf&lang=pt>

Bernardo, D. (2021). *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de uma equipa de cuidados continuados integrados da região de Lisboa*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43262/1/MEGE_8833_original%20deolinda%20cardoso%20bernardo.pdf

Bernardino, E., Silva, O., Gallo, V., Vilarinho, J., Silva, O. & Nascimento, J. (2021). Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. *Enfermagem Foco*, 12(supl 1), 72-76.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/vl6y6aagxb>

Bernardino, E., Sousa, S., Nascimento, J., Lacerda, M., Torres, D. & Gonçalves, L. (2022). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/?format=pdf&lang=pt>

Britten, N. (2011). Qualitative research on health communication: what can it contribute?”, *Patient Education and Counseling*, 82, 384-388.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399110007937>

Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Morbidity in the dependent elderly cared by home-teams of the national network of continued integrated care in the lisbon and tagus valley: cross-sectional study. *Acta Medica Portuguesa*,

30(7-8), 546-554.

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/8128>

Campenhaoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2019). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva

Canha, C., Massano, A., Esperto, H., Rato, J., Ferreira, T. & Geraldo, A. (2013). National post hospital care project and length of hospitalization of patients with stroke 2010-2011. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 683-688. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24388254/>

Cardoso, M., Oliveira, G. & Ghelli, K. (2021). Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, 20 (43), 98-111. <file:///C:/Users/1956/Downloads/2347-Texto%20do%20Artigo-8462-1-10-20210325-1.pdf>

Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Referencial do Enfermeiro.

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3). <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/991>

Cunha, T., Jaque, R., Nabarro, M., Ojeda, M., Schoeller, S., Santos, E., & Alves, D. (2023). Enfermagem, ciência do cuidado: fundamentos filosóficos do devir e da dialética. *Av. Enferm.*, 41 (3).

file:///C:/Users/1956/Desktop/Enfermagem,%20ci%C3%A2ncia%20do%20cuidado_%20fundamentos%20filos%C3%B3ficos%20do%20devir%20e%20da%20dial%C3%A9tica.%20-%20EBSCO.pdf

Decreto-Lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I – Série A. nº109 (2006-06-06), 3856-3865.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei nº 161/96 Ministério da Saúde. (1996). *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro*. Diário da República: I-Série A. Nº 205 (1996-09-04), 2959-2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 001/2017 de 08/02/2017*. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficazna-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Duarte, M. (2014). Processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em unidades de convalescença. (Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem do Porto). <https://core.ac.uk/download/pdf/62698853.pdf>

Echer, I., Boni, F., Juchem, B., Mantovani, V., Pasin, S., Caballero, L. & Lucena, A. (2021). Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. *Cogitare enfermagem*, 6.
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/wnvrDJMQXSG9JMMzYPyBRTw/?format=pdf&lang=pt>

- Esteves, R., & Amaral, A. (2023). Content of shared information: From discourse to documentation in clinical decision-making in nursing. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, Série VI, 1-6.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/bxuxlwjkb>
- Fernandes, D. (2017). *Impacto das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nos doentes internados numa unidade de média duração e reabilitação – antes e após*. (Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22533/1/Dissertação%20definitiva%20Daniela%20Fernandes%206287%2025.01.2018%20imprimir%20final.pdf>
- Fernandes, L., Fernandes, G., Reis, V., Gazola, P. & Dutra, H. (2022). Avaliação da complexidade da assistência de enfermagem em unidade de integração clínica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(39).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/jbjeuymvz>
- Ferreira, F. & Espírito Santo, M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 33-50. Universidade de Alicante.
https://repositorio.iscteuiul.pt/bitstream/10071/19772/1/Alternativas_25_02.pdf
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I. & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, 5, série III.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2261&id_revista=9&id_edicao=38

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista Enfermagem Referência*, 3 (10).
www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087402832013000200006&script=sci_arttext&tlng=es

Gheno, J., Lombardini, A., Araújo, K. & Weis, A. (2023). Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(1).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ca7etiin5j>

Giorgi, A. (1992). Description versus interpretation: competing alternative strategies for qualitative research. *Journal of Phenomenological psychology*, 23(2), 119-135. https://brill.com/view/journals/jpp/23/2/article-p119_1.xml

Gonçalves, S., Gonçalves, J. & Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa*. PACTOR.

Hellín, M. (2012). *Mejora en la recepcion de los informes de continuidad de cuidados en el área 1 Murcia - Oeste*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina Murcia). Murcia.

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2017). *Gerir as camas hospitalares sempre a pensar no utente*. <https://hff.min-saude.pt/gerir-as-camas-hospitalares-sempre-a-pensar-no-utente/>

Infopédia (2024). *Dicionários Porto Editora*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/investiga%C3%A7%C3%A3o>

International Council of Nurses. (2014). *Definition of Nursing*.
<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

Instituto da Segurança Social. (2018). *Guia Prático – Rede nacional de cuidados continuados integrados*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Kuo, Y. F. & Goodwin, J. S. (2011). Association of Hospitalist care with medical utilization after discharge: evidence of cost shift from a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 155(3). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-3-201108020-00005>

Leal, T., Souza, C., Gabriel, I., Alexandrin, L., Okido, A., Silva, L. & Carlos, D. (2023). Significados do papel do enfermeiro no contexto dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 76(6).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/gc65ch3gyn>

Lescano, F., Pereira, T., Juliano, F., Paz, P. & Simões, E. (2020). Aplicación del cuidado basado en la teoría de Orem al paciente ostomizado. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 24(57).

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/5x7offveib>

Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A. & Santos, I. (2016). Integrando a teoria das transições e a teoria fundamentada nos dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Revista de enfermagem UERJ*, 24(5). <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v24n5/0104-3552-reuerj-24-05-e19870.pdf>

Lima, T. (2021). *Implementação de uma visita domiciliária pré-admissão na equipa de cuidados continuados integrados: papel do enfermeiro na integração dos cuidados*. (Tese de Mestrado, Politécnico de Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7017>

Lira, A., Paixão, T., Souza, M., Costa, M., Vasconcellos, R. & Conceição, N. (2022). Rede e apoio social no cuidado de crianças com síndrome de down. *Revista Enfermagem UERJ*. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/vvbxt52evf>

Loureiro, A. (2020). *A enfermagem de reabilitação e o planeamento da alta hospitalar*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35449/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Ana%20Beatriz%20Loureiro.pdf

- Manzano, K., Delgado, N., Riascos, D. & Mondragón-Sanchez, E. (2023). Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados. *Revista Cuidarte*, 14(1).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/denlr24aov>
- Martins, H. H. T. S (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289-300.
<https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?format=pdf>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mendes, F., Gemitto, M., Caldeira, E., Serra, I. & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22873/1/A%20continuidade%20de%20cuidados%20de%20sa%c3%bade%20na%20perspetiva%20dos%20utes%201413-8123-csc-22-03-0841.pdf>
- Moita, M., Portela, T., Ponte, M. & Santiago, M. (2023). Expedientes de enfermería y cuidados con acceso en hemodialización: aspectos para la seguridad del paciente. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 27(65).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/2j6g4dr66j>
- Moreira da Silva, M., Gavinhos, M., Pereira das Neves, V. & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/kvxr72b2wr>

- Nogueira-Martins, M. & Bógus, C. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* 13(3), 44-57.
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RVqT6nk8tM8q3rLf5FSfGKN/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, A., Almeida, L., Gomes, H., Paula, V., Peres, E. & Andrade, P. (2024). Práticas para administração segura de medicamentos no contexto hospitalar: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98(2). <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/nilcdbsacn>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 361/2015.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Regulamento n.º 101/2015.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Orem D. E. & Taylor S. G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci Q.*, 24(1), 35-41. <https://doi.org/10.1177/0894318410389061>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Enfermagem*.

<https://www.paho.org/pt/topicos/enfermagem>

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2ª edição. Newbury Park, CA. Sage Publications

Paula, E., Schwartz, E., Nunes, B., Santos, B. & Barceló, A. (2022).

Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crónicas na atenção primária à saúde. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 24. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ztcgbphiqv>

- Penna, E. (2004). O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Psicologia USP*, 16(3), 71-94.
file:///C:/Users/1956/Downloads/O_paradigma_junguiano_no_contexto_da_metodologia_q.pdf
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central de enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. 1ª edição. Formasau. Coimbra.
- Pinto, V. & Malheiro, M. (2022). Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 26(1).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/hcd7tcmg45>
- Pinto, M. (2023). *Continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na transição da pessoa adulta em situação de doença, do contexto hospitalar para a comunidade: proposta de intervenção*. (Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal). Universidade de Évora.
file:///C:/Users/orlan/Downloads/Relat%C3%B3rio_final_%20de%20est%C3%A1gio%20.pdf
- Pires, A., Santos, B., Santos, P., Brasil, V. & Luna, A. (2015). A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(2).
<https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2533/1292>

Polit, D. & Beck, C. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*.

Artmed Editora.

Portal, K. & Magalhães, A. (2008). Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 246-246.

Portaria nº 174/2014, de 10 de setembro. (2014). Diário da República.

<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2014-70325364-70325256>

Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro. (2017). Diário da República.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>

Portaria nº 38-A/2023, de 2 de fevereiro. (2023). Diário da República.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-a-2023-207026149>

Rainho, J., Carvalho, A. & Sobral, M. (2020). Gestão da alta hospitalar e referenciação para a rede nacional de cuidados continuados integrados: um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 27, 143-161.

<https://egitaniasciencia.ipg.pt/index.php/revistaegitaniasciencia/article/view/125/100>

Reis, C., Martins, M. & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036.

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n7/2029-2036/pt>

- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, série IV, 39-48. file:///C:/Users/1956/Downloads/REF_dez2018_39to48_port.pdf-1.pdf
- Rodrigues, F. (2021). Aprender a cuidar de famílias na transição para elaborar lutos e perdas. *Pensar Enfermagem*, 25(1).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/bikqltdtk5>
- Sánchez, A., Gogeoascoechea-Trejo, M., Álvarez, C., Blásquez-Morales, M., Pávon-Leon, P., Nachón-García, M. & Loaiza, D. (2023). Diseño y validez de contenido del cuestionario continuidad del cuidado entre niveles asistenciales. *Revista Cuidarte*, 14(2).
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/vnzc4hhy4z>
- Santos, E., Lopes, M., Manata, J., Santos, D., Limão, R. & Nunes, M. (2024). Perceção do prestador de cuidados sobre os requisitos para a assunção do seu papel: Estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, Série VI, 1-7. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/zsvhdvvudn>
- Santos, I. & Sarat, C. (2008). Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Rev. enferm. UERJ*, 16(3), 313-318.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-15146>
- Sardinha, A., Pereira, L., Andrade, B., Oliveira, A., Camara, J. & Sales, M. (2023). Funcionalidade familiar de idosos com hipertensão arterial

sistêmica: revisão integrativa. *Enfermagem Brasileira*, 22(6), 1195-1207.

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/qj4vtxwtbb>

Seibel, B., Falceto, O., Hollist, C., Springer, P., Fernandes, C. & Koller, S. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21(1), 120-136. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v21n1/v21n1a10.pdf>

Sérgio, M., Carvalho, A. & Pinto, C. (2023). Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/wbYtjYdLx9XkgZYFQ77Lqgb/?format=pdf&lang=pt>

Shamian, J. (2014). O papel da enfermagem na atenção à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 869-70. [scielo.br/j/reben/a/JVTRccSVhSrgY4cnCQyrDQj/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/reben/a/JVTRccSVhSrgY4cnCQyrDQj/?format=pdf&lang=pt)

Silva Ferreira, B., Melo, C., Araújo, C., Gandra, E. & Alves, M. (2023). Transferência de cuidados: olhar e prática da enfermagem em um serviço de ponto atendimento. *Saúde Coletiva*, 13(87). <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3048>

Silva, L., Cunha, K., Resck, Z., Gomes, R., Freire, B. & Sanches, R. (2023). Planejamento da alta hospitalar: percepção de enfermeiros da unidade de internação. *Enfermagem Brasil*, 22(6), 917-937.

<https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5507/896>

Silva, C., & Potra, T. (2016). Satisfação profissional dos enfermeiros: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 33-50.

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/jevfdpoh3j>

Silva, A., Sena, R., Braga, P., Paiva, P., & Dias, O. (2017). Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais. *Cienc Cuid Saude*, 16(1).

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/flkgf5kziz>

Sousa, P., Frade, M. & Mendonça, D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 368-381.

<https://www.scielo.br/j/ape/a/mvMJxkJ9yCm74PF3T3KKDFw/?format=pdf&lang=pt>

Sousa, C., Torres, I., Gomes, M., Schneider, K., Avila, F. & Schwartz, E. (2024). Organização da rede de atenção na assistência a crianças com doenças crónicas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98(2).

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/6maa64f6pv>

Sul, S. & Lucas, P. (2020). Turnover em Enfermagem: revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 29-42.

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ji7fz3g6v5>

- Tavares, P. (2019). Intervenção de enfermagem na transição para a prestação de cuidados paliativos: uma scoping review. *ON*, 39.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/spccjxf3xb>
- Tavares, J., Silva, A. (2010). Barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas: percepções de enfermeiros(as). *Revista Referência*, III série, (1), 17-28.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ddly3uk2dz>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2018). Manual de planeamento e gestão de altas. www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf
- Urquiza, M. & Marques, D. (2016). Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico empírica. *Entretextos, Londrina*, 16(1), 115-144.
- Valle, P., & Ferreira, J. (2024). Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Scielo preprints*. file:///C:/Users/User/Downloads/Artigo+Final.pdf
- Vieira, L., Amaral, F., Boeckmann, L. & Morai, R. (2023). Atuação dos profissionais de enfermagem no processo de alta de neonatos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Foco*, 16.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/search/details/p5vjyopaub?limiters=None&q=Processo%20de%20prepara%C3%A7%C3%A3o%20da%20alta>

- Vilela, A. (2016). *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados integrados*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
file:///C:/Users/1956/Downloads/Tese%20Doutoramento%20%20SATENF-ECCI%20-%20Carlos%20Vilela.pdf
- Yáñez-Corral, A. & Zárate-Grajales, R. (2016). Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermeira. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 99-106.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200099
- Zanetoni, T., Cucolo, D. & Perroca, M. (2022). Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Jz5JcDWxdyY8tYn5QnrmXHk/?format=pdf&lang=en>
- Zimmermann, G. & Bohomol, E. (2023). Análise do fluxo de valor no processo de alta de uma unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Foco*, 14.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/uzjysdkf5n>