



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

[AL]

A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar

A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da  
Alta Hospitalar

Dissertação

Ana Beatriz Brandão Loureiro

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

REHABILITATION NURSING AND HOSPITAL DISCHARGE PLANNING

---

Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Maria Manuela Martins

Ana Beatriz Brandão Loureiro

Porto, 2020



*“A rendição não é sobre baixar os braços,  
é sobre abrir o coração”*

Inês Gaya



## AGRADECIMENTOS

Estas breves linhas serão sempre poucas para retribuir tudo o que tenho recebido. A todas estas pessoas se deve a felicidade de poder concluir este trabalho, um marco na minha vida.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, a minha gratidão sem medida, por me ter acolhido de braços abertos, pela disponibilidade em ajudar, pela prontidão e pela sua generosidade. Sem a sua sabedoria, rigor e o seu profundo conhecimento científico nada disto teria sido possível.

Aos meus Pais e Irmã, pelo apoio incondicional em todas as minhas decisões, respeito, incentivo e por me terem dado tudo o que tenho hoje.

Ao meu Marido, meu braço direito, pela compreensão, paciência, presença, entusiasmo e por não me deixar baixar os braços nos momentos de maior dificuldade.

Ao meu filho Miguel, ainda na minha barriga, sonho de uma vida inteira, por ter vivido comigo o desassossego dos últimos meses e por me ter dado a força que não sabia que tinha. A conclusão desta etapa foi por ti e para ti.

À Minha Avó, que guia e ilumina o meu caminho. Sou grata por tudo o que aprendi contigo, pelo teu colo e pelo teu carinho.

À Minha Família, pelo exemplo de resiliência e união, por acreditarem em mim em todos os momentos.

A minha melhor amiga Tanya Mendes, contigo subi ao topo da montanha, bati no fundo do poço. Nos picos e nos intervalos, estiveste sempre lá. Devo-te tanto.

Aos meus colegas, pela gentileza, pela colaboração em todos os momentos, pelo vosso profissionalismo, pela vossa verdade. Sem vocês este trabalho não seria possível.

A todos os que contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

A todos, a minha enorme e sincera gratidão.



## **ABREVIATURAS**

ABVD - Atividades básicas da vida diária

AIVD - Atividades instrumentais da vida diária

AVD - Atividades de vida diária

CADI - Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EGA - Equipa de gestão de altas

OMS - Organização Mundial de Saúde

QASCI - Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIE - Sistemas de informação em enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde



## RESUMO

O internamento hospitalar interfere na forma como a pessoa desempenha as suas atividades de vida diária (AVD), sendo frequentemente associado a alterações da funcionalidade, qualidade de vida, interação familiar, aumento da prevalência de complicações, além do impacto económico no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A alta precipitada está associada a transtornos graves na dinâmica familiar e qualidade de vida do doente, pelo que é imprescindível o início precoce do planeamento de alta.

O enfermeiro de reabilitação dirige os seus cuidados à pessoa com necessidades especiais, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração na comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. As intervenções dirigidas ao planeamento da alta, nem sempre estão bem aferidas entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros de reabilitação, sendo notória a falta de coordenação das equipas.

Com base nestes pressupostos, desenvolvemos um estudo qualitativo, constituindo-se uma amostra intencional de enfermeiros, com o critério de inclusão de exercer funções em serviços de internamento de um hospital central do norte do país, tendo como objetivos compreender o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros e, analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade. Foi utilizado um instrumento de recolha de dados, com recurso a uma entrevista semi-estruturada, tendo sido elaborado um guião, suportado pelo modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney. Após a recolha de dados, foi aplicado o método de análise de conteúdos com a sustentação teórica de Bardin, através do recurso ao *software* Atlas.ti para o tratamento de dados. Da análise emergiram as seguintes áreas temáticas: o processo de planeamento de alta, a continuidade de cuidados, os instrumentos de apoio ao planeamento de alta, as boas práticas e o modelo em uso.

Face aos resultados obtidos, concluímos que os enfermeiros desenvolvem o planeamento de alta de forma pouco organizada e sistematizada, desprovida de instrumentos de medição, e sem fundamentação teórica na sua tomada de decisão. Não há uma articulação sustentada ao longo do processo de planeamento de alta, entre o momento em que é iniciado e a alta efetiva do doente. Os enfermeiros que manifestaram maior envolvimento no processo e utilização de recursos, como os instrumentos de medida, embora restritos ao seu âmbito profissional, foram os enfermeiros especialistas de reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Planeamento da alta; Continuidade de cuidados.



## ABSTRACT

Hospitalization interferes with the way a person performs daily living activities, being frequently associated to functionality changes, decrease of quality of life, family interaction dysfunction, increased prevalence of complications, in addition to the economic impact on the National Health Service. The unbalanced discharge can cause severe disorders in the patient's family dynamics and quality of life, which is why an early start of discharge planning is urgent.

The rehabilitation nurse promotes healthcare to a person with special needs, including the preparation of the home return, the continuity of care and the community reintegration, encouraging mobility, accessibility and social participation. The discharge planning interventions aren't always well measured between general nurses and rehabilitation nurses, showing a gap in team coordination.

Based on these facts, we developed a qualitative study, under an intentional sample of nurses, who had to work in services of a central hospital of the north in the country, aiming to understand the process of discharge planning from the perspective of nurses and, analyze the differences in care planning, according to academic training and specialty. Our instrument used was a half-structured interview, and a script was developed, supported by the theoretical nursing model of Nancy Roper, Winifred Logan and Alison Tierney. After data collection, the content analysis method was applied with the theoretical support of Bardin, using the Atlas.ti software for data processing. The following thematic areas emerged from the analysis: the discharge planning process, continuity of care, support instruments for discharge planning, good practices and the model in use.

The results highlight that nurses develop discharge planning in an unorganized and systematic way, without using instruments of measure, and without theoretical basis in their decision making. There is no sustained articulation throughout the discharge planning process, between the moment it is initiated and the patient's actual discharge. The nurses who showed greater involvement in the process and use of resources, such as instruments of measure, were the rehabilitation nurses.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Discharge planning; Continuity of care.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
<b>CAPÍTULO I - CONTEXTO DO ESTUDO .....</b>	<b>23</b>
1 - Planeamento de alta e continuidade de cuidados .....	24
1.1. O papel do prestador de cuidados ou cuidador informal .....	28
1.2. O Processo de Planeamento de Alta .....	30
1.3. A continuidade de cuidados e as redes de referenciação.....	32
1.4. Instrumentos que facilitam a continuidade de cuidados.....	39
1.5. A pessoa dependente e a continuidade de cuidados .....	42
1.6. A importância da equipa multiprofissional .....	45
2. O Modelo das Atividades de vida como suporte para a continuidade de cuidados .....	47
<b>CAPÍTULO II - TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>51</b>
1. Do problema às perguntas de investigação .....	52
2. População e Amostra.....	53
3. Instrumento de Colheita de Dados.....	56
4. Procedimentos Éticos .....	58
5. Procedimento de análise de dados .....	60
<b>CAPÍTULO III - DOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS SOBRE O PLANEAMENTO DE ALTA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS AO ESTADO DA ARTE .....</b>	<b>63</b>
1. O Processo de planeamento de alta.....	64
1.1. Início do planeamento de alta .....	65
1.2. A atividade diagnóstica para o planeamento de alta .....	66
1.3. Avaliação inicial .....	72
1.4. Critérios para o início do planeamento de alta.....	75
2. A continuidade de cuidados .....	79
2.1. Modelos utilizados para a continuidade de cuidados .....	80
2.2. Vantagens dos modelos de referenciação .....	83
2.3. Desvantagens dos modelos de referenciação .....	86
2.4. Recursos de referenciação .....	89
2.5. Feedback do planeamento de cuidados.....	90
3. Instrumentos de apoio ao planeamento de alta.....	91
4. Das boas práticas ao modelo em uso.....	92
4.1. Estratégias usadas para o planeamento de alta .....	93
4.2. Ações específicas de enfermagem para o planeamento de alta .....	94
4.3. Recursos de documentação da informação.....	96
4.4. Fragilidades do planeamento de alta.....	98

4.5. Melhorar a continuidade de cuidados .....	100
4.6. Formação ajustada ao planeamento de alta .....	103
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>123</b>
Anexo I: Cronograma	
Anexo II: Guião da entrevista	
Anexo III: Consentimento informado	
Anexo IV: Requerimento de autorização do estudo dirigido à Comissão de Ética	
Anexo V: Declaração de autorização da Comissão de Ética	

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Core de Focos de Enfermagem de Reabilitação .....	31
TABELA 2: Dados sociodemográficos dos enfermeiros .....	54
TABELA 3: Construção do instrumento de colheita de dados .....	57
TABELA 4: Processo de planeamento de alta .....	64
TABELA 5: Início do planeamento de alta - depois da admissão .....	65
TABELA 6: Atividade diagnóstica - doente (processo corporal).....	68
TABELA 7: Atividade diagnóstica - doente (processo cognitivo).....	69
TABELA 8: Atividade diagnóstica - família .....	70
TABELA 9: Atividade diagnóstica - comunidade .....	71
TABELA 10: Avaliação inicial - instrumentos de avaliação .....	74
TABELA 11: Avaliação inicial - contexto de realização.....	75
TABELA 12: Critérios para o início do planeamento de alta - condições sociais.....	77
TABELA 13: Critérios para o início do planeamento de alta - condições físicas .....	78
TABELA 14: Continuidade de cuidados .....	80
TABELA 15: Vantagens dos modelos de referenciação - institucionais .....	84
TABELA 16: Vantagens dos modelos de referenciação - instrumentos em uso.....	85
TABELA 17: Vantagens dos modelos de referenciação - garantir a continuidade de cuidados .....	85
TABELA 18: Fatores de influência nas práticas dos enfermeiros .....	92
TABELA 19: Melhorar a continuidade de cuidados - estrutura .....	101
TABELA 20: Melhorar a continuidade de cuidados - processo.....	102



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Articulação interinstitucional para a continuidade de cuidados ao utente .....	36
FIGURA 2: Estrutura da RNCCI .....	37
FIGURA 3: Diagrama do modelo de vida .....	49
FIGURA 4: Diagrama da amostra do estudo .....	54
FIGURA 5: Diagrama de caracterização profissional dos enfermeiros .....	55
FIGURA 6: Diagrama do método de análise de conteúdo .....	60
FIGURA 7: A centralidade do trabalho de planeamento de alta - Nuvem de palavras .....	63
FIGURA 8: Início do planeamento de alta .....	65
FIGURA 9: Atividade diagnóstica .....	67
FIGURA 10: Avaliação inicial .....	73
FIGURA 11: Critérios para o início do planeamento de alta .....	76
FIGURA 12: Modelos utilizados para a continuidade de cuidados .....	81
FIGURA 13: Vantagens dos modelos de referênciação .....	83
FIGURA 14: Desvantagens dos modelos de referênciação .....	86
FIGURA 15: Recursos de referênciação .....	89
FIGURA 16: Instrumentos de apoio ao planeamento de alta .....	91
FIGURA 17: Estratégias usadas para o planeamento de alta .....	93
FIGURA 18: Ações específicas de enfermagem .....	94
FIGURA 19: Recursos de documentação da informação.....	96
FIGURA 20: Fragilidades do planeamento de alta.....	98
FIGURA 21: Melhorar a continuidade de cuidados .....	100



## INTRODUÇÃO

A investigação científica é um mergulho no conhecimento, entre a procura do que existe e do desconhecido. Pautado pelo rigor e pelo método, o conhecimento científico assenta num processo racional. Para Fortin (2009), é o processo sistemático que analisa fenómenos e obtém respostas para questões precisas que requerem investigação.

A enfermagem como disciplina do conhecimento tem evoluído por meio da investigação, numa “escalada” de saber que merece distinção. O conhecimento adquirido por meio da investigação e a sua aplicação na prestação de cuidados garantem a qualidade do desenvolvimento da profissão. Roper, Logan e Tierney (1995, p.4) perspetivam que “o conhecimento dos processos de doença, o desenvolvimento das ciências biológicas e sociais, a sofisticação cada vez maior da tecnologia e um público melhor educado têm como resultado, uma nova consciência dos serviços de saúde”.

Em Portugal, as políticas em saúde investem no SNS, cada vez mais, em articulação com o conhecimento proveniente da investigação. Apesar disso, as exigências que a realidade coloca podem ser desafiantes, num mundo em constante mudança. Os serviços de internamento do SNS lidam, diariamente, com a necessidade de manter o equilíbrio entre a resposta equitativa a todos os cidadãos e a qualidade dos cuidados que prestam. Esta é uma tarefa difícil de equilibrar numa balança de meios e recursos, que apesar de prioritários, são finitos.

Por outro lado, para o doente e para a sua família, o internamento hospitalar, apesar de ser uma resposta vital, representa o corte com a sua rotina diária e o seu ambiente. Tão importante como tratar a doença que motivou o internamento, é devolver o doente à sua realidade, salvaguardando as suas necessidades básicas e a homeostasia do núcleo familiar em que se insere. Para que isso aconteça com segurança e serenidade, é preciso que os profissionais de saúde integrem nas suas práticas, os princípios do planeamento de alta e da continuidade de cuidados.

Com o aumento da esperança média de vida e numa população cada vez mais envelhecida, também a dependência é uma realidade inevitável. A autonomia e a independência são duas características que o ser humano assume como dado adquirido. Quando, por processo de doença aguda ou crónica, essa garantia lhe é roubada, emergem as necessidades de respostas e soluções dos profissionais de saúde, para restituir as necessidades básicas.

O planeamento de alta consiste num processo organizado de preparação da alta, enriquecido pelo contributo de diferentes profissionais de saúde e pelo envolvimento do doente e da família. Costa (2003, p.25) define o planeamento de alta como “um processo que se inicia no momento da admissão e continua até ao momento da alta, e é uma parte importante e dinâmica do plano de tratamento do doente”. O Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da

Saúde, 2015, p.9) salienta entre os valores e princípios, “o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde”.

O internamento desencadeia uma intensa realidade de emoções, no doente e na família, quer pelo processo de doença em si, quer pela necessidade de adaptação ao ambiente. A literatura sugere que a preparação da alta deve ser um processo gradual e atempado, contemplando as respostas às necessidades básicas do doente. Convidar o doente e a família a conhecer, delinear e construir o seu plano de saúde, é uma estratégia inteligente e facilitadora. “É suposto que este processo, após avaliadas e reunidas as condições necessárias, decorra de forma tranquila e desejável. Porém, a nossa experiência na prática revelou que este processo é (...) um momento com um impacto muito negativo para a família” (Petronilho, 2007, p.49).

Na realidade, por diversos fatores, assistimos a processos muito rudimentares de preparação da alta hospitalar. Por vezes, o doente e a família são confrontados com a decisão da alta no preciso momento em que ela acontece. Associada a esta questão, após a alta hospitalar, o doente e a família enfrentam, muitas vezes, dificuldades em aceder aos serviços de saúde e em obter respostas das redes de apoio formal e informal.

Para que o doente e a família sintam segurança em abandonar o internamento hospitalar é necessário que se estabeleçam fortes laços de transmissão da informação dentro e fora do hospital, que assegurem a continuidade de cuidados. “A continuidade de cuidados só será uma realidade, quando os profissionais de saúde, cliente e família trabalharem em parceria, planeando a alta, participando nos cuidados, indo ao encontro das suas necessidades” (Martins & Fernandes, 2009, p.90).

Nos hospitais do SNS, as equipas de enfermeiros são cada vez mais diferenciadas, havendo um investimento cada vez maior na formação, quer por iniciativa própria, quer por intervenção das instituições. Nas equipas de saúde dos internamentos hospitalares, o enfermeiro de reabilitação tem vindo a ganhar notoriedade, pela importância do trabalho que desenvolve, que “visa o diagnóstico e intervenção precoce, promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.16656). A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem permitido desenvolver uma maior consciência do planeamento de alta dentro das equipas, contribuindo para ligações mais consistentes, com vista à continuidade de cuidados.

No entanto, quando falamos sobre o planeamento de alta, os enfermeiros desenvolvem práticas muito díspares, por vezes bem elaboradas, mas sem um trabalho efetivo de continuidade de cuidados, pelo que se verifica a perda de informação. No “salto” entre o internamento e a comunidade ocorre, muitas vezes, uma ausência de respostas e a necessidade de reiniciar todo o plano de alta entre as instituições.

Esta desconexão entre os profissionais de saúde, tantas vezes referenciada pelos doentes como motivo de insatisfação é alvo de preocupação, sobretudo porque a literatura é clara e evidente quanto à necessidade de se estabelecerem pontes de ligação entre os diferentes níveis de cuidados.

Estas questões foram catalisadoras para o desenvolvimento deste trabalho, que busca compreender o modo como os enfermeiros desenvolvem o planeamento de alta, e de que modo é que a sua diferenciação formativa contribui para esse processo.

A finalidade deste estudo é contribuir para a continuidade de cuidados específicos na área da enfermagem de reabilitação. Para tal, desenvolvemos um estudo de investigação qualitativo suportado pelo modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney.

Nesta dissertação podem ser encontrados três capítulos principais. No primeiro capítulo, com o objetivo de transparecer a aprendizagem sobre a investigação, partimos para a organização deste trabalho, com base na revisão dos achados teóricos sobre esta temática e na contextualização do tema em estudo.

O segundo capítulo apresenta as opções metodológicas deste estudo, que inclui a contextualização da problemática em análise, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e de análise de dados.

O terceiro capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados, baseada nas categorias definidas ao longo do desenvolvimento deste estudo.

Por último são apresentadas as conclusões permitidas pela realização deste estudo. Em anexo podem ser encontrados os documentos que suportaram a condução deste estudo, nomeadamente, o cronograma, o guião da entrevista, o documento de consentimento informado, o requerimento de autorização do estudo submetido à Comissão de ética e ao Conselho de Administração do hospital em estudo, bem como a respetiva aprovação de realização do mesmo.

Consideramos que este estudo pode contribuir para a reflexão e modificação de algumas práticas enraizadas, relativas ao planeamento de alta, e para uma tomada de decisão mais consciente.



## CAPÍTULO I - CONTEXTO DO ESTUDO

O confronto com uma nova realidade de dependência conduz a família a desafios, para os quais, na maioria das vezes, não está preparada. A responsabilidade de assumir o papel de prestador de cuidados implica conhecimento e capacitação, e também, necessidade de orientação para os recursos existentes na comunidade. “Este problema assume contornos ainda mais complexos quando confrontados com a escassez de recursos da comunidade, incapaz de garantir a continuidade de cuidados no domicílio” (Augusto & Carvalho, 2005, p.16).

O planeamento de alta deve surgir como um convite à família a participar nos cuidados, compreendendo as suas dúvidas e inseguranças, reforçando as suas capacidades e integrando as suas vivências na transição do doente para casa. É um processo que depende do contexto e de todos os seus participantes, é um *continuum* que se desenvolve em diferentes etapas e em diferentes direções (Pereira, 2010). Os enfermeiros que exercem funções nas instituições hospitalares valorizam e desenvolvem o processo de planeamento de alta, de forma muito pouco sistematizada e muito díspar (Petronilho, 2007).

Nas instituições hospitalares, ao longo dos últimos anos, temos vindo a assistir a uma diferenciação das práticas que envolvem o planeamento de alta, entre as quais podemos destacar, a criação das equipas de gestão de alta (EGA), que se encontra regulamentada no Despacho n.º 7968/2011 (Ministério da Saúde, 2011). O investimento que tem vindo a ser feito nas equipas de profissionais prevê uma salvaguarda da continuidade de cuidados e da qualidade de vida dos doentes e das famílias.

No entanto, apesar de nos últimos anos se verificar um esforço para contrariar esta tendência, as dinâmicas de trabalho dos hospitais portugueses ainda estão muito centradas nas necessidades da instituição, aplicando estratégias padronizadas de planeamento de alta, que obviamente não satisfazem as necessidades dos doentes na sua plenitude. Segundo Teixeira (2012, p.18) “os serviços não estão organizados em função dos doentes, mas sim da própria instituição, (...) colocam a sua ênfase na gestão dos serviços e dos recursos de um ponto de vista biológico e não holístico”.

Também as equipas de profissionais de saúde ainda são pouco permeáveis à presença da família/ prestador de cuidados, que tem uma conotação negativa, associada à curiosidade perversa pela intimidade ou à avaliação dos cuidados prestados, ao invés de uma oportunidade para o planeamento da alta. Recorrentemente, na sua prática, os profissionais de saúde “acreditam que a presença dos familiares junto do doente significa que o trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se por isso ameaçados” (Cunha, 2003, p.62).

Nos momentos de prestação de cuidados diretos ao doente, como um posicionamento ou uma transferência, a família é convidada pelos profissionais de saúde a sair, alegando a

preservação da privacidade do doente. Esta forma de atuação é quase padronizada na prestação de cuidados dos enfermeiros, como se de uma norma se tratasse, que se repete vezes sem conta, se transmite entre gerações, como uma cultura de refúgio enraizada na prática clínica. Na maioria das vezes, nunca ocorreu sequer um contacto prévio com a família/ prestador de cuidados, mas estes elementos de peso preponderante na alta hospitalar são excluídos de todo o processo, e chamados apenas a participar no momento da alta. “Da parte dos profissionais, uma relação disfuncional surge quando esperam a subjugação da família por serem detentores do conhecimento, sendo que estando centrados no cliente, os familiares são encarados como um obstáculo” (Teixeira, 2012, p.13).

Esta realidade já tem vindo a ser alvo da atenção das políticas em saúde criadas para desenraizar estas práticas, fomentando a inclusão da família na prestação de cuidados e nomeadamente, na preparação da alta. Ao estar envolvida na prestação de cuidados ao doente, a família tem oportunidade de observar e participar, preparando-se para a realidade que irá encontrar após a alta hospitalar. Estas práticas estimulam a individualidade e a união afetiva, consolidando um perfil de segurança e confiança, em que o doente e o cuidador se identificam mutuamente. “A equipa responsável pelo doente deve esforçar-se por se reunir regularmente com este e a sua família a fim de assegurar a boa gestão do plano pós-alta e orientar para a total reabilitação do doente e para a sua reinserção na vida ativa” (Direção-Geral da Saúde, 2004, p.2). Neste contexto, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, numa reflexão sobre as boas práticas, define a importância da “discussão e análise do processo de cuidados de enfermagem de reabilitação com o cliente e pessoas significativas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 16657).

Esta aparente disparidade na abordagem do planeamento de alta pelos enfermeiros, nos serviços de internamento de doentes adultos, leva-nos a refletir sobre esta temática. Assim, nos subcapítulos que se seguem apresenta-se o resultado da pesquisa documental realizada no domínio de investigação escolhido, salientando os conceitos que lhe servem de base.

## **1 - Planeamento de alta e continuidade de cuidados**

O planeamento de alta e a continuidade de cuidados são dois conceitos, que se repercutem em estratégias, que têm vindo a ganhar terreno na prática clínica, com complementaridade mútua. Estas estratégias traduzem-se num conjunto de atividades, desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, “ao longo do período de internamento, com a finalidade de facilitar a transferência, adequada e em tempo útil, do doente para

outra instituição ou para a comunidade, de forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados” (Lopes, 2017, p.23).

*“A preparação da alta hospitalar tem por finalidade a manutenção da qualidade de vida e assegurar a continuidade de cuidados à pessoa doente e prestador de cuidados após a alta hospitalar, pelo que não se resume à intervenção no hospital, antes implica a existência de uma rede formal, entre cuidados diferenciados e cuidados primários que permitam a referência da pessoa doente em tempo útil e a resposta eficaz dos cuidados de saúde primários para assegurar a continuidade de cuidados”* (Padilha, 2006, p.32).

Na década de 70, começaram a ser abordados diferentes estudos que nos remetem para a temática da preparação da alta hospitalar. Conforme foi possível perceber durante a revisão bibliográfica, este conceito tem vindo a ser desenvolvido por vários autores até à atualidade. Na perspetiva de Jewell (1993, pp.1288-1289), a preparação da alta hospitalar “refere-se ao período de preparação necessária para os preparativos serem realizados e envolve a adequada comunicação da alta, discussão das necessidades na alta e ligação com a comunidade, também, como a educação dos doentes e prestadores de cuidados”. Mais do que a simples transferência do doente do hospital para qualquer outra instituição de saúde ou para o domicílio, o planeamento de alta constitui uma dinâmica fundamental do plano de tratamento (Augusto & Carvalho, 2005; Berardo, 1988). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2004, p.3), o planeamento de alta pode ser definido como um processo complexo “que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”.

O planeamento da alta hospitalar deve ter como objetivo avaliar e garantir as condições da reintegração do doente no seu ambiente familiar e social, não menosprezando a qualidade de vida e a continuidade de cuidados, quer do doente, quer do prestador de cuidados. A estruturação da preparação da alta hospitalar é significativa para o “auto controlo das respostas humanas à doença e adaptação à condição de saúde, facilitando a manutenção no ambiente familiar, reduzindo o tempo de internamento, rentabilizando os recursos hospitalares e da comunidade, otimizando a capacidade de resposta dos serviços de saúde” (Padilha, 2006, p.32). Além disso, promovendo a ligação com os respetivos suportes de apoio na comunidade, a preparação da alta tem um papel fundamental na prevenção de complicações e, conseqüentemente, readmissões desnecessárias.

Por sua vez, a continuidade de cuidados consiste na sequência de atos que permitem que exista uma ligação entre os diferentes níveis de cuidados e entidades, garantindo a segurança do doente e a sua qualidade de vida, respeitando as suas crenças e vontades, as necessidades identificadas, com vista à otimização da sua autonomia. A continuidade de cuidados está presente desde a admissão ao hospital até à transição para a comunidade, quer seja para o domicílio, quer tenha em vista integrar uma instituição de saúde ou uma unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este conceito é definido no Decreto-Lei n.º 101/2006 como, “a sequencialidade, no tempo e nos sistemas

de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social”. (Ministério da saúde, 2006, p.3857).

Entre o planeamento de alta e a continuidade de cuidados existe uma relação íntima e interdependente, implícita para o sucesso da alta hospitalar, garantindo que os ganhos em saúde obtidos ao longo do internamento se mantêm e consolidam no regresso a casa e à comunidade.

Todas as ações desenvolvidas ao longo do planeamento de alta devem ter uma linha de orientação, uma estrutura formalizada, pelo que, já na década de noventa, Jackson (1994), aponta para o envolvimento do doente e família; registos de enfermagem no plano de cuidados; documentos, orientações e procedimentos; descrição das competências de cada grupo profissional envolvido; ligação formal entre o hospital e comunidade. O plano de alta deve ser discutido, atualizado e negociado com o doente e a família, pelo que a sua intervenção potencia o envolvimento e a interação de todos os intervenientes. O fornecimento de informação escrita é um complemento fundamental, dando espaço e lugar à reflexão, numa tomada de decisão ponderada pelo doente e pela família.

O momento de início do planeamento de alta é crucial para identificar as necessidades após a alta e ativar as respetivos meios (dentro e fora do hospital) que garantam a satisfação do doente. Podemos considerar, que de acordo com diferentes autores, o momento privilegiado para iniciar este processo é considerado, unanimemente, como sendo, o período de admissão do doente (Jewell, 1993; Maramba, Richards, Myers & Larabee, 2004; Martins & Fernandes, 2009; Murashima, Nagata, Toba, Ouchi & Sagawa, 2000).

Na sua intervenção, como garantia válida para a continuidade de cuidados, os enfermeiros devem:

*“identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do utente e seus familiares (ou pessoa significativa), planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações, promovendo ações programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde o início no processo de cuidados”* (Augusto & Carvalho, 2005, pp.47-48).

Ao iniciar o processo de planeamento de alta na admissão, estaremos não só contribuir para um plano de cuidados mais rico, como, atempadamente, nos será permitida uma avaliação mais pormenorizada da família e contexto social do doente, sendo possível programar e procurar as soluções, que melhor se ajustem a cada caso. A Direção-Geral da Saúde (2006, p.9) alerta para a complexidade inerente à alta hospitalar, pelo que incita à sua preparação o mais cedo possível, acautelando que “uma alta mal planeada, baseado em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará eficaz e levantará posteriormente dificuldades que terão consequências negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde”.

O internamento hospitalar constitui uma quebra com as rotinas de vida, uma fonte de preocupações para o doente e a família, que podem ser apaziguadas perante uma conduta assertiva dos profissionais de saúde. “A hospitalização é uma experiência assustadora (...) e leva a sentimentos de isolamento e solidão. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são fatores reconhecidos e geradores de stress” (Cabete, 2002, pp.18-19). A imagem dos profissionais que acolhem o doente e a família repercute a imagem da instituição, e deve transmitir segurança, conforto e competência. “O enfermeiro deve mostrar-se confiante, paciente, flexível (...) evitar expressões vagas e confusas (...) escolhendo palavras percetíveis que o cliente dependente e a família entendam e dominem, pois o uso de terminologia técnica faz com que se sintam confusos” (Gomes, 2018, p.37).

No momento de admissão, o doente e a família (caso esteja presente) devem ser informados sobre os seus direitos e deveres, a constituição da equipa de profissionais de saúde do serviço de internamento onde vai permanecer, bem como a sua estrutura física, o seu funcionamento e dinâmicas de trabalho (Hospitais SA, 2005). Devem ser criadas condições, quer a nível estrutural, quer emocional, para que possa ocorrer uma entrevista, na qual o doente possa verbalizar quais as suas necessidades, dúvidas e inseguranças, facilitando a aceitação e capacitação. A gestão de expectativas é fundamental para aumentar o grau de consciência da realidade em que se encontra e que irá vivenciar, devendo ser prestadas informações sobre o tempo de internamento previsto, os benefícios disponíveis, o prognóstico de recuperação durante o internamento e após a alta hospitalar, considerando a vertente física, cognitiva, económico-financeira, social e profissional (Nogueira, 2003).

A admissão pode ser validada como o ponto de partida para o regresso a casa, considerando um momento privilegiado para colher informações sobre a condição social, as necessidades de cuidados face à dependência no autocuidado e na gestão da saúde. É neste momento que são equacionadas as expectativas e a motivação do doente e cuidador, as necessidades de conhecimento e de capacitação, que conduzem ao plano da alta (Santos, 2018). Também deve contemplar aspetos como o motivo de admissão, os antecedentes pessoais, a medicação habitual, os hábitos de vida relacionados com a atividade física, alimentação, eliminação, a identificação e contacto da pessoa significativa ou instituição onde reside, a avaliação do grau de dependência no autocuidado, alterações da integridade física, alterações cognitivas e emocionais, disfunções do relacionamento familiar.

Nos momentos de contacto com o doente e a família, deve imperar a garantia de privacidade, tranquilidade e disponibilidade para uma escuta ativa, sendo por isso fundamental que, a entrevista de avaliação inicial seja realizada numa sala ou gabinete, minimizando o impacto do ruído e interferência exterior.

A avaliação inicial emerge como uma necessidade fundamental, onde serão colhidos os dados que servirão de base à identificação de diagnósticos e respetivas intervenções de

enfermagem, relevantes para delinear todo o processo de enfermagem. Este processo é constituído por etapas distintas como são a avaliação inicial, a identificação de diagnósticos, o planeamento de intervenções e a avaliação de resultados. “Fundamental para o processo de preparação da alta hospitalar é a avaliação multidisciplinar, planeamento e avaliação que se inicia com a admissão no hospital” (Jewell, 1993, p.1295).

### 1.1. O papel do prestador de cuidados ou cuidador informal

Na admissão ao internamento, o doente surge, na maior parte das vezes, acompanhado por uma pessoa significativa, que é relevante e deve ser incluída na entrevista de colheita inicial de dados. A pessoa que acompanha o doente ao hospital, nem sempre corresponde à pessoa que convive com o doente ou com potencial para assumir o papel de cuidador informal, não devendo ser desconsiderada. Logo que possível, deverá ser identificado o prestador de cuidados, cuidador formal, informal ou convivente responsável, que possa complementar a colheita inicial de dados, devendo ser incluído neste processo.

O perfil do prestador de cuidados não é taxativo, não está definido em critérios rígidos, mas existe um conjunto de qualidades e características que podem defini-lo. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define prestador de cuidados como “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (International Council of Nurses, 2010, p.115). Também Simões e Grilo (2012, p.3), referem que existe uma grande motivação para o cuidador informal estar relacionado com o grau de parentesco ao doente e pelo género, sendo este papel assumido sobretudo por elementos do sexo feminino (esposas, mães, filhas e noras), sendo “a pessoa que por instinto, vontade, dever, disponibilidade ou capacidade, assume a responsabilidade pela assistência, suporte e prestação de cuidados, a uma pessoa dependente com vista à melhoria da sua qualidade de vida”.

A identificação do cuidador poderá não ser linear, até porque nem sempre corresponde à pessoa que está presente no momento de admissão, sendo muito frequente corresponder à pessoa que coabita com o doente, pela evidência prática de não ter de se deslocar do seu domicílio para prestar cuidados (Marques, 2007; Moreira & Veríssimo, 2004; Petronilho, 2007). Se o doente estiver englobado num agregado familiar, as tarefas tendem a ser distribuídas por todos os elementos que o constituem. Por outro lado, quando recai apenas por um dos membros de uma família (sendo eleito, por exemplo, um dos filhos), esta escolha é sustentada numa perspetiva materialista, naquele que tem mais tempo livre, maior disponibilidade para o fazer, e menos a perder em termos laborais, com o desempenho deste papel (Petronilho, 2007). A questão económica tem um peso significativo, uma vez que

quando existe viabilidade financeira, por vezes, as famílias optam pela contratação de um cuidador formal, remunerado para assumir a prestação de cuidados no domicílio, ou até mesmo a integração numa instituição de saúde (lar, residência, unidade de cuidados continuados ou de reabilitação).

Nesse sentido, é importante perceber que a eleição do cuidador não se pode cingir apenas ao grau de parentesco ou afinidade com o doente, mas contemplar também a sua disponibilidade física, emocional, motivacional, cognitiva, relacional, habitacional e financeira. Segundo Cruz, Pimenta, Kurita e Oliveira (2004), o prestador de cuidados é um amigo ou um membro da família, indicado pelo doente como a pessoa que mais contribui no cuidar, na supervisão e ajuda, no transporte ou na realização das atividades de vida diária.

Para garantir uma escolha segura do cuidador informal do doente, deve ser considerada a capacidade de cuidar, a escolha informada e a vontade de cuidar (Brereton, 1997; Shyu, 2000). Estes autores concordam que a capacidade de cuidar consiste no processo complexo que requer que os prestadores de cuidados adquiram habilidades para cuidar do doente; a escolha informada pressupõe que devam ser transmitidos, aos cuidadores, diagnósticos e prognósticos no sentido de proporcionar uma noção realística e implicações sobre as exigências da prestação de cuidados; e por sua vez, a vontade de cuidar exige que a escolha de assumir o papel de prestador de cuidados seja totalmente livre, real e informada.

*“A escolha de ser o cuidador, na maioria das vezes, é imposta. As incertezas decorrentes da necessidade de cuidar, a insegurança quanto à capacidade de execução dos cuidados diretos, sobretudo os de maior complexidade, o bem-estar e suporte percebido que vem da rede social de apoio, a condição económica, o tipo de relação com a pessoa a cuidar anterior à doença, a alteração do seu papel social e de lazer, são fatores facilitadores de gerar sobrecarga no cuidador. No entanto, o maior ou menor impacto das exigências de cuidar, dependem, também, de fatores como os conhecimentos e as capacidades demonstradas e o suporte económico e social disponível”* (Petronilho, 2007, pp.49-50).

Poderão, no entanto, haver momentos em que o cuidador não deva estar presente, sempre que o doente, na sua presença evidencie sinais de preocupação ou alteração do comportamento, que nos possam fazer suspeitar de alguma instabilidade da dinâmica de relação, à qual deveremos ser sensíveis. Quer na entrevista de avaliação inicial, quer ao longo de todo o processo de planeamento de alta, podem e devem ser incluídos novos dados pertinentes, até porque podem surgir situações que inibam a eficácia da colheita de dados, dos quais são exemplo, o estado de consciência alterado do doente ou a ausência do cuidador no momento de admissão. Todos os momentos de contacto, quer fisicamente em reuniões formais ou informais, quer por via telefónica, podem ser oportunidades únicas para enriquecer a colheita de dados, que deverá ficar devidamente documentada, num suporte facilmente acessível por todos os elementos da equipa de saúde envolvidos (Costa, 2003).

## 1.2. O Processo de Planeamento de Alta

Ao longo de muitos anos, o planeamento de alta era uma realidade longínqua e o momento da alta era sobretudo centrado na decisão médica (Petronilho, 2007). Ao longo dos últimos anos, temos vindo a assistir a uma oposição a este padrão, embora ainda existam muitos profissionais de saúde que limitam os horizontes a explorar neste âmbito. A ausência de um processo estruturado de planeamento de alta “concorre para o aumento da taxa de readmissões hospitalares, para o consumo de mais recursos familiares e comunitários, bem como para um aumento global do custo dos cuidados de saúde e para a deterioração da qualidade de vida” (Padilha, 2006, p.165).

O processo de planeamento de alta permite, aos profissionais envolvidos, um maior controlo da orientação do plano de alta, facilitando a intervenção oportuna de todos os envolvidos, a gestão do tempo e de recursos, através de métodos formais de organização do trabalho de campo realizado.

Existem alguns pressupostos basilares que podem condicionar positiva ou negativamente, todo o plano de alta. No modelo de investigação proposto por Donabedian (2003), são consideradas três etapas: estrutura, processo e resultado. De acordo com este autor, a estrutura refere-se aos recursos e as condições que melhor favorecem a produção de cuidados e, deve contemplar: o local, as dinâmicas no local, a variação da equipa de profissionais de saúde e a interação dos prestadores de cuidados formais. A estruturação da alta deve ser pautada por alguns parâmetros formais, que garantam a eficácia dos resultados, pelo que Jackson (1994) salienta a inclusão de documentos, orientações e procedimentos; registo do plano de cuidados; envolvimento dos doentes e da família; descrição das funções de cada grupo profissional; e, ligação formal entre o hospital e a comunidade. Por sua vez, o processo assenta em duas grandes premissas: o sistema de comunicação e informação que o sustenta e os métodos de distribuição de trabalho de enfermagem. O processo de preparação da alta hospitalar deve ser constituído por três etapas: avaliação, planeamento e implementação. Quanto aos resultados, consiste no balanço entre a avaliação das necessidades efetuada pelos enfermeiros, a perceção dos cuidados perspectivada pelo doente e família e o custo dos cuidados.

A avaliação inicia-se no primeiro contacto, no momento da admissão do doente ao serviço de internamento, mediante diferentes estratégias: observação e avaliação (física, cognitiva e comportamental do doente); análise da informação do processo clínico (nota de entrada, registo de entrada no serviço de urgência, episódios de internamento prévio, consultas externas de seguimento, informação clínica escrita fornecida pelo doente); entrevista ao doente e à família ou cuidador; avaliação da interação familiar; e avaliação das condições económicas e da habitação onde reside (Nogueira, 2003).

Na sua apresentação sobre o tema “Resumo mínimo de dados de Enfermagem de reabilitação”, no VII Encontro de Reabilitação da Universidade Fernando Pessoa, Petronilho (2012a), propõe um *core* de focos de enfermagem, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (tabela 1).

Core de Focos de Enfermagem	
Processos corporais	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Limpeza das vias aéreas/Expetorar</li> <li>➤ Rigidez articular /Pé equino</li> <li>➤ Úlcera de Pressão</li> <li>➤ Obstipação</li> <li>➤ Aspiração</li> <li>➤ Maceração</li> <li>➤ Desidratação</li> </ul>
Processos adaptativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aceitação do estado saúde</li> <li>➤ Autocuidado (higiene, arranjar, levantar, transferir, andar com auxiliar de marcha, alimentar-se, uso de Sanitário, vestir, despir, deglutir/capacidade para deglutir)</li> <li>➤ Conhecimento</li> <li>➤ Papel do Prestador de Cuidados (cuidador informal)</li> <li>➤ Autocontrolo do Padrão respiratório (“cinesiterapia respiratória”)</li> <li>➤ Autocontrolo da incontinência intestinal</li> <li>➤ Autocontrolo da incontinência urinária</li> <li>➤ Capacidade para gerir o regime</li> <li>➤ Stress do Prestador de cuidados</li> <li>➤ Comunicação (afasias, disartrias)</li> <li>➤ Edifício residencial (barreiras arquitetónicas)</li> </ul>

*Tabela 1: Core de Focos de Enfermagem de Reabilitação*  
*Fonte: (Petronilho, 2012a)*

Nestes momentos de colheita de dados, quer com o doente ou o cuidador, o enfermeiro desenvolve intervenções de atividade diagnóstica, que devem seguir um raciocínio lógico, de modo a rentabilizar também o tempo disponível para esta tarefa. Os momentos de avaliação devem contemplar aspetos de ordem física, cognitiva, social, económica, de relacionamento e recursos familiares, capacidade de adaptação e informação (Jackson, 1994). A construção de um plano de cuidados, através da utilização de linguagem padronizada em enfermagem, é fundamental para garantir a sua implementação e respetiva avaliação de resultados.

Em Portugal, a utilização dos sistemas de informação em enfermagem (SIE) já está bastante enraizada no método de trabalho dos enfermeiros, que através do aplicativo informático de registo de informação clínica (atualmente, o mais comum na realidade dos hospitais públicos portugueses é o *SClinico*), dispõem de uma ferramenta valiosa de trabalho para a conceção de cuidados e partilha de informação. A utilização de uma linguagem uniformizada entre os enfermeiros, com recurso à CIPE, parametrizada através dos sistemas de informação em enfermagem, permitiu uma maior valorização e contabilização efetiva do trabalho desenvolvido na prática clínica. Isto reflete-se na produção de indicadores (de processo e

resultado), criação e melhoria de programas de melhoria contínua da qualidade e ganhos em saúde, relevantes na tomada de decisão política em saúde (Petronilho, 2012a). Os SIE permitiram a partilha de informação interinstitucional, que “tem como objetivo fundamental melhorar de modo significativo e através da continuidade de cuidados o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.6).

O processo de enfermagem e a utilização dos SIE são fundamentais para a organização dos cuidados e um grande contributo para a continuidade de cuidados, que é muito mais do que a simples transferência do doente do hospital para outra instituição, ou para o domicílio.

### 1.3. A continuidade de cuidados e as redes de referenciação

A continuidade de cuidados consiste na complementaridade de cuidados, desenvolvidos em tempo útil, prestados desde o início do internamento hospitalar até à integração do doente na comunidade. Esta sequência de operações deve ser pautada por uma estrutura eficiente, lógica e congruente, desenvolvida por uma equipa multiprofissional, que exige uma relação interinstitucional. Para que tal seja possível é necessário que fique definido o “destino” do doente após a alta hospitalar, garantindo os cuidados mais adequados às suas necessidades. “O acompanhamento ao longo de todo este processo requer profissionais que assumam a gestão das transições do doente entre níveis de cuidados de forma holística e sequencial” (Santos, 2018, p.29).

Segundo o relatório da OMS, existem três níveis de cuidados continuados: primeiro nível atendendo a uma relação contínua entre o prestador e o utilizador de serviços, um segundo nível considerando a relação de continuidade entre o utilizador e uma determinada equipa de cuidados primários e um terceiro nível sustentado na diversificada rede de serviços, através de uma referenciação que funciona bem e de um sistema de *feedback*, assente numa boa comunicação entre serviços (Quintela, 2002). “Os utentes são vulneráveis a experiências de perda de continuidade quando há alterações de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados de saúde” (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra & Novas, 2016, p.842).

O Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015) define como prioritária a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a qualidade em saúde, propondo orientações estratégicas dirigidas ao reforço da articulação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente.

Podemos analisar a continuidade de cuidados, considerando a sua materialização em duas vertentes: ao longo do tempo e entre as instituições.

Quando nos reportamos ao tempo é importante distinguir os procedimentos desenvolvidos durante as primeiras 24 horas e ao longo do internamento. As diligências que envolvem a continuidade de cuidados iniciam-se no internamento, no momento da admissão, com a recolha de dados da avaliação inicial, essencialmente realizada por enfermeiros, que, deve ser preenchida nas primeiras 24 horas imediatas (Simões & Simões, 2007). Sendo que as equipas trabalham num regime de rotatividade, é importante que a informação recolhida seja estruturada, e registada num local único (Costa, 2003), preferencialmente utilizando os sistemas de informação em rede informática, que permitam o acesso de todos os profissionais envolvidos, em qualquer momento. Ao longo do tempo, dentro do hospital, com o contacto com o doente/ família e a sua evolução clínica, são colhidas informações que devem, naturalmente, ser incluídas no processo de enfermagem, e que podem permitir uma expansão da continuidade de cuidados.

Neste processo, atendendo à representatividade das instituições e às necessidades do doente, podemos distinguir a continuidade cuidados desenvolvida: dentro do hospital (no internamento) e interinstitucional (entre instituições). Dentro do hospital poderá haver necessidade de referenciar o doente para outras áreas profissionais, tais como o serviço social, serviço de nutrição, fisioterapia, psicologia, medicina física e reabilitação, terapia da fala, equipa de gestão de altas (EGA). A Circular Normativa n.º 7/DSPCS (Direção-Geral da Saúde, 2004) define a importância de uma equipa hospitalar multidisciplinar que deve delinear o planeamento de alta, incluindo a previsão de equipamentos, serviços de apoio e compromissos com o doente, destacando a intervenção do médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Se atendermos ao encaminhamento do doente entre instituições, deverá ser estabelecido, sempre que pertinente, contacto prévio e atempado, de modo a garantir o planeamento de alta efetivo e a transmissão detalhada da informação, entre o serviço de internamento e as seguintes valências: centro de saúde (médico, enfermeiro e psicólogo); enfermeiro da consulta externa; equipa de saúde da rede de cuidados continuados integrados, lar ou outra instituição de saúde; redes de suporte da comunidade; associações de apoio da comunidade (que desenvolvam a sua ação no âmbito dos processos de saúde/doença paralelos ao do doente). A importância da coesão do trabalho da equipa multidisciplinar e multiprofissional é reforçada por Padilha (2006), como indispensável para a profissionalização do regresso a casa. Segundo Silva (2010, p.25), “a equipa interdisciplinar deve utilizar os recursos da comunidade para a reintegração”.

De acordo com Haggerty et al. (2003) podemos classificar a continuidade de cuidados, em categorias de diferente natureza: continuidade informacional, continuidade de gestão e continuidade relacional ou interpessoal. De acordo com estes autores, a continuidade informacional relaciona-se com a transmissão da informação do doente, de modo eficiente e eficaz, unindo o conhecimento acumulado nos diferentes níveis de cuidados; a

continuidade de gestão centra-se na consistência da abordagem dos cuidados (com base em protocolos de atendimento, planos de gestão partilhada), permitindo a conexão entre os profissionais; e por sua vez, a continuidade relacional ou interpessoal refere-se à ponte entre os diferentes níveis de cuidados, sustentada pelo relacionamento terapêutico contínuo entre o profissional de saúde e o doente.

Também no estudo desenvolvido por Gulliford, Naithani e Morgan (2006) foi reforçada esta perspectiva, embora sejam consideradas cinco dimensões: continuidade longitudinal; continuidade de relação; continuidade flexível; continuidade da gestão entre níveis e continuidade da informação. De acordo com estes autores, a continuidade longitudinal refere-se ao acompanhamento regular do doente e da sua doença, ao longo do tempo; a continuidade de relação implica a criação e manutenção de um relacionamento terapêutico de compromisso e confiança, entre os profissionais de saúde e o doente; a continuidade flexível caracteriza o grau em que os profissionais de saúde conseguem responder perante a evolução das necessidades dos utentes ao longo do tempo; a continuidade da gestão entre níveis reporta-se ao grau de coerência e coordenação dos cuidados entre diferentes contextos de cuidados e entre diferentes profissionais de saúde, através de diferentes fronteiras organizacionais; e por último, a continuidade da informação é considerada quando a informação, a partir de anteriores eventos e circunstâncias pessoais, é usada para garantir a continuidade dos cuidados.

A continuidade de cuidados exige uma cooperação e colaboração de trabalho entre vários profissionais, para que o trabalho que desenvolvem individualmente não se perca, pelo contrário, seja potenciado pela partilha segura e detalhada de informação, em tempo útil. “As redes de apoio formais, que poderiam ter um papel produtivo e até preponderante no acompanhamento destes doentes e dos seus cuidadores, continuam a ser insuficientes e, muitas vezes, inadequadas” (Marques, 2005, p.140). Neste sentido, seria importante que cada serviço de internamento tivesse documentada a informação das instituições existentes na comunidade, e com elas estabelecesse um contacto de proximidade, com conhecimento do seu modo de funcionamento e meios de acesso.

*“A complexidade dos atuais problemas de saúde e a rentabilização dos recursos requerem uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional, pelo que, a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários é determinante, permitindo desta forma uma intervenção global aos três níveis de prevenção. Esta articulação carece de um trabalho em equipe multi e interdisciplinar. Para existir articulação entre os diferentes níveis de cuidados é indispensável uma comunicação adequada entre os profissionais”* (Mendes et al., 2016, p.843).

A cadência da continuidade de cuidados relaciona-se com o contributo interdependente de diferentes profissionais de saúde, e por esse motivo, a prestação de cuidados sofre uma influência vincada, derivada do método de organização de trabalho. A revisão da literatura mostra-nos que ao longo dos últimos anos foram identificados métodos distintos de prestação de cuidados, dos quais salientamos: o método de cuidados individualizados, o

método funcional, o método de equipa e modular, o método de enfermeiro de referência e o método de gestão de casos.

O método funcional está associado aos primeiros passos das teorias de administração, tendo sido já desenvolvido por Frederico e Leitão (1999), e consiste na atribuição de atividades específicas, antecipadamente padronizadas e repetitivas (tarefas), desenvolvidas por um enfermeiro, a vários doentes. Este método contribui para a fragmentação da equipa, não há uma perspetiva holística dos cuidados, embora seja o método economicamente, mais vantajoso (Costa, 2004).

O método de cuidados individualizados consiste na atribuição do cuidado global e completo de um grupo de indivíduos, a um enfermeiro, a quem é atribuída a responsabilização, coordenação e avaliação dos cuidados (Duffield et al., 2009). Este método, também já difundido por Frederico e Leitão (1999) e Kron e Gray (1994), proporciona cuidados mais centrados nas necessidades do doente e na individualização dos cuidados, exequível através da distribuição de um número limitado de doente por enfermeiro.

O método de equipa consiste na prestação de cuidados por uma equipa de profissionais, com diferentes níveis de conhecimento, sob a liderança de um enfermeiro com mais antiguidade e competências, que planeia e gere os cuidados desenvolvidos, em reuniões diárias (Costa, 2004; Frederico & Leitão, 1999; Kron & Gray, 1994). Contribui para uma maior cooperação e complementaridade dos cuidados, maior conhecimento das necessidades e problemas dos doentes pelos elementos da equipa, mas menor responsabilização dos mesmos pelos cuidados prestados (Parreira, 2005).

O método do enfermeiro de referência consiste na prestação de cuidados por um enfermeiro que efetua a colheita de dados, identifica diagnósticos de enfermagem, planeia e avalia intervenções, delegando estes cuidados na restante equipa, que assegura o seu cumprimento ao longo das 24 horas (Duffield et al., 2009; Manthey, 2014; Parreira, 2005). É um método centrado na humanização e individualização dos cuidados, em que o planeamento de alta é da sua responsabilidade, que deve privilegiar a transição tranquila e segura. O enfermeiro de referência coordena o trabalho dos restantes elementos da equipa (Costa, 2004).

No método de gestão de casos a tomada de decisão fica centralizada num profissional, por quem os cuidados são exclusivamente prestados. Há um acréscimo da responsabilidade, o que exige um nível de conhecimento e competência diferenciados (Manthey, 2014).

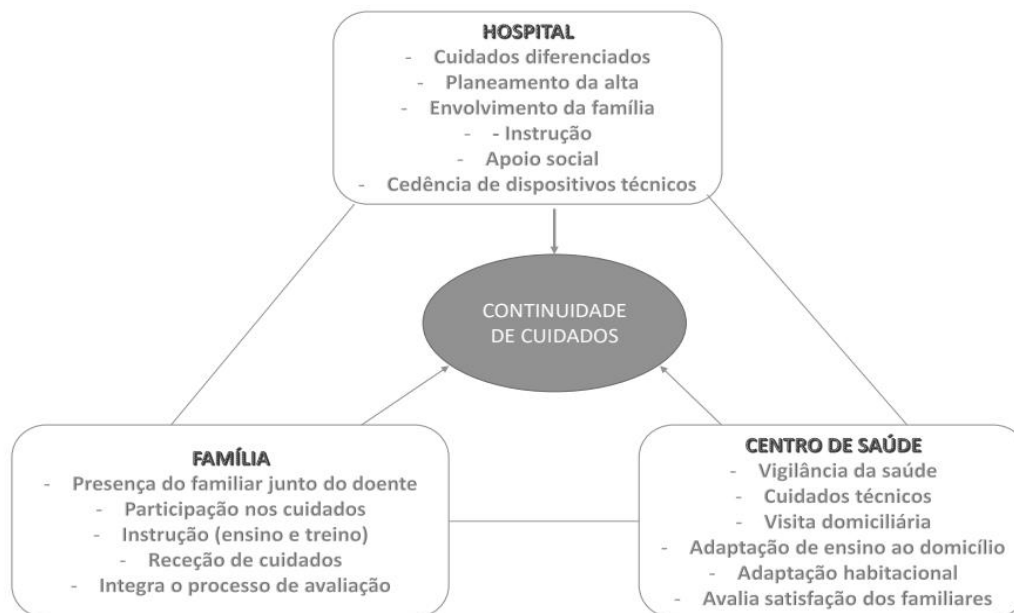
As instituições devem escolher a metodologia de trabalho que melhor se ajuste às necessidades inerentes à prestação de cuidados e às características dos elementos que constituem a equipa, com vista ao melhor resultado possível considerando as necessidades de cuidados identificados, recursos materiais existentes, bem como a natureza do trabalho a ser realizado. No entanto, de acordo com a evidência da literatura, a metodologia que

melhor contribui para o processo de planejamento de alta e continuidade de cuidados será o método do enfermeiro de referência (Frederico & Leitão, 1999; Parreira, 2005).

Nesta cadeia de transmissão de informação que favorece a continuidade de cuidados, não pode ser excluída, em primeira instância, a vontade do doente e a necessidade de cuidados que se prevê que necessite à data da alta, bem como a disponibilidade da família / cuidador para assumir a responsabilidade desses cuidados.

Quando o regresso a casa é uma opção e existe suporte familiar adequado que reúna as condições físicas, emocionais, habitacionais e financeiras para receber o doente em casa, deve ser iniciado um programa de identificação das necessidades de aprendizagem, treino de competências e articulação com o centro de saúde, para garantir que a família é dotada de estratégias de suporte, passíveis de proporcionar um ambiente seguro para o doente.

O modelo apresentado por Augusto e Carvalho (2005) salienta a articulação entre o hospital, a família e o centro de saúde, evidenciando a intervenção individual e coletiva de cada um dos intervenientes (figura 1).



*Figura 1: Articulação interinstitucional para a continuidade de cuidados ao utente*  
*Fonte: (Augusto & Carvalho, 2005, p.97)*

A articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários é determinante para um trabalho multi e interdisciplinar. “A continuidade de cuidados inicia-se no serviço onde a pessoa é atendida, o que exige a necessidade de se efetivarem contactos e de operacionalizar a preparação precoce da alta” (Mendes et al., 2016, p.843).

Esta articulação interinstitucional promove a “continuidade de cuidados no domicílio, evitando quebras na assistência (...) apresentando a família lugar de relevo em todo este processo terapêutico” (Augusto & Carvalho, 2005, p.96).

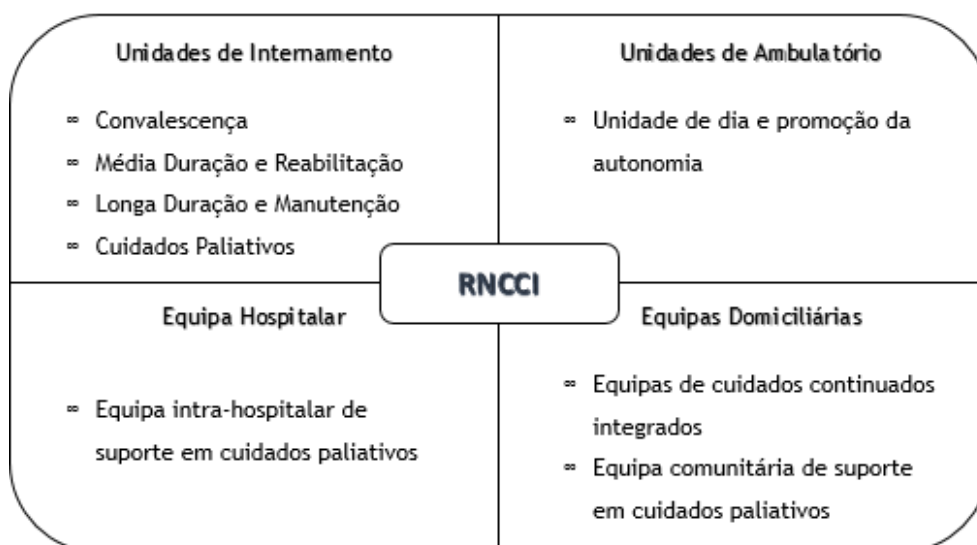
O envolvimento da família ao longo da preparação da alta permitirá programar momentos de aprendizagem e de participação nos cuidados, estimulando a relação interpessoal com a equipa de profissionais de saúde e contribuindo para um aumento da confiança mútua entre o doente e o cuidador. Os momentos de aprendizagem devem ser previamente programados mediante as necessidades e disponibilidade do cuidador, e o conhecimento deve ser transmitido de forma gradual e faseada.

*“A informação e o treino sobre os cuidados a prestar no domicílio são estratégias fundamentais com vista a capacitar o cuidador para lidar com a situação de dependência geradora de necessidades, sobretudo, no domínio do bem-estar, no autocuidado e na prevenção de complicações, com fortes implicações na qualidade de vida destas pessoas (cuidadora/cuidada)”* (Petronilho, 2007, p.54).

Quando a família não garante as condições necessárias para receber o doente em casa, ou necessita de apoio complementar no domicílio, é necessário negociar a possibilidade do doente integrar uma instituição de saúde na comunidade, quer seja um lar, um centro de dia ou a RNCCI.

A RNCCI consiste numa rede de unidades e equipas, num regime de parceria entre os hospitais, centros de saúde e instituições de apoio social, tutelada pelo Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que promovem a reabilitação e reinserção na família, desenvolvimento de cuidados paliativos, reativação dos cuidados no domicílio e reforço do apoio familiar, com soluções de internamento temporário (Carvalho, 2012).

A criação da RNCCI permitiu colmatar uma falha na assistência aos cuidados de saúde que existiu durante anos, em resposta às necessidades de continuidade de cuidados das pessoas e instituições (figura 2).



*Figura 2: Estrutura da RNCCI*

*Fonte: (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.8)*

O Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho salienta a necessidade de instituir políticas de saúde e de segurança social, integradas no Plano Nacional de Saúde, que permitam:

*“desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; 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, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”* (Ministério da Saúde, 2006, p.3856).

De acordo com a Portaria n.º 50/2017 do Diário da República, são os profissionais de saúde dos hospitais, designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais que procedem à referenciação dos utentes com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, onde deve constar a seguinte informação: diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença; registo de comorbilidades; classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde; avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante; proposta da tipologia de cuidados da RNCCI (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, 2017).

Segundo a Portaria supracitada, são critérios de referenciação para as unidades e equipas da RNCCI, as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

A Classificação Internacional de Funcionalidade consiste num instrumento de carácter obrigatório de referenciação, na avaliação periódica para acompanhamento do doente, para proposta de prorrogação do internamento e, ainda, no momento da alta. Por este motivo, a o seu preenchimento é realizado no momento da admissão e, deverá ser reavaliada no máximo de quinze em quinze dias (Lopes, Pereira & Fonseca, 2017).

A coordenação deste modelo da rede integrada e articulada é exercida a nível nacional, regional (pela equipa de coordenação nacional) e local (pela equipa de coordenação local). A proposta de ingresso na rede pode ser realizada quer o doente se encontre no domicílio (recorrendo ao centro de saúde) ou em internamento hospitalar (através da EGA). A EGA consiste numa equipa hospitalar que procede à avaliação da proposta de referenciação dos doentes, realizada pelos profissionais de saúde do internamento, colabora no processo de referenciação e estabelece a articulação com a Equipa de Coordenação Local (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008).

Existe uma parceria de cuidados entre a EGA de cada hospital e os enfermeiros dos serviços de internamento, com vista a planear a alta dos doentes. Este trabalho de equipa exige a existência de objetivos claros sobre a continuidade de cuidados e os meios e estratégias para alcançá-la (Martins et al., 2018).

A referenciação dos doentes para a continuidade de cuidados envolve muitos profissionais e é realizada de forma muito díspar. Dentro do hospital, ainda são escassos os modelos ou formulários estruturados, que garantem a solicitação da intervenção de um profissional de saúde, pelo que este processo decorre muitas vezes, verbalmente, sem nenhuma documentação dos critérios, avaliação e objetivos de referenciação do doente. Esta lacuna pode concorrer para que ocorram falhas na cadeia de transmissão ou até duplicação da informação. É inegável que um modelo ou formulário devidamente estruturado garante também um melhor planeamento efetivo da alta (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009), e uma garantia da visibilidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Nos hospitais portugueses, alguns dos modelos utilizados pelos enfermeiros para a continuidade de cuidados são a carta de alta de enfermagem, o modelo de referenciação para a Assistente Social e o modelo de referenciação para a RNCCI.

A carta de alta de enfermagem está integrada no sistema de registo informático (no SNS, o aplicativo informático mais utilizado é o *SClinico*), e consiste num formulário, que permite a transmissão da informação agregada no plano de cuidados, para a comunidade. A carta de alta ou transferência deve ter um formato estandardizado, que inclua toda a informação necessária à continuidade de cuidados, nomeadamente o motivo de admissão, os cuidados prestados, os resultados obtidos e os cuidados planeados para manter no domicílio (Augusto & Carvalho, 2005; Cunha, 1999). Da mesma forma, o formulário de referenciação para a Assistente Social e para a RNCCI, contém uma estrutura padronizada, que obedece ao preenchimento de parâmetros obrigatórios, que garantem a orientação os cuidados solicitados, norteados pelas necessidades mencionadas.

#### 1.4. Instrumentos que facilitam a continuidade de cuidados

Para sustentar o planeamento de alta e a continuidade de cuidados, é importante que seja feita uma avaliação criteriosa das necessidades do doente. Tal só é possível com recurso a instrumentos de avaliação devidamente estruturados e validados. Ao longo da revisão bibliográfica, os achados relativos a esta temática foram muito diversificados, no entanto, iremos apenas evidenciar aqueles que se encontram validados e que são alvo de maior recurso, na prática clínica. Deste modo, considerámos alguns instrumentos relevantes que sustentam a tomada de decisão e, que podemos classificar atendendo à continuidade de cuidados, no sentido: transversal e da independência do doente.

Num sentido transversal, poderão dar congruência à continuidade de cuidados, os seguintes instrumentos de avaliação: índice de Barthel, modelo de avaliação familiar de Calgary, questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI), modelo de avaliação dos prestadores de cuidados de Heron e índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI).

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do doente com base na realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O modelo de avaliação familiar de Calgary permite uma avaliação global dos aspetos estruturais e funcionais da família, das relações significativas, as funções de cada indivíduo e quais as redes de apoio familiar, laços e conflitos (Augusto & Carvalho, 2005).

O questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) permite a avaliação da sobrecarga física, social, emocional e financeira do cuidador informal em alguns estudos científicos (Martins, Ribeiro & Garrette, 2003).

O modelo de avaliação dos prestadores de cuidados de Heron é direcionado para os cuidadores informais junto da comunidade e pretende identificar serviços de apoio relevantes para estimular o papel do prestador de cuidados (Augusto & Carvalho, 2005).

O índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI) é composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso suas implicações na vida social, saúde, situação económica, relacionamento e no apoio dos profissionais prestadores de cuidados (Sequeira, 2007).

Baseado nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2016), e numa perspetiva da independência do doente, poderemos salientar os seguintes instrumentos de avaliação: a escala de equilíbrio de Berg, a escala de Guss, a escala de força muscular de Council, a escala de Ashworth modificada e a escala de Borg modificada. A escala de equilíbrio de Berg avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, permitindo prever o risco de queda em adultos e idosos. A escala de Guss (Gugging Swallowing Screen) permite a avaliação da deglutição ou despiste de disfagia e fornece indicações sobre a dieta recomendada. A escala de força muscular de Council (Medical Research Council Muscle Scale) monitoriza o grau de força muscular. A escala de Ashworth modificada avalia o tónus/espasticidade. A escala de Borg modificada permite a avaliação, em tempo real, do grau de dispneia percebida e permite determinar limites seguros para o treino/atividades.

Estas são algumas das escalas recomendadas pelos autores acima citados, mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros portugueses, embora existam outras escalas que permitam avaliar os parâmetros mencionados, que possam ter utilidade para o planeamento de alta, desde que devidamente validadas para a população portuguesa.

A utilização de instrumentos de medição é um recurso preponderante na prática clínica, que permite sustentar a tomada de decisão e orientar a construção do plano de alta. Garção (2013, p.9) alerta para a importância do envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento e monitorização regular de políticas de gestão do planeamento de alta, considerando o seu “impacto na eficiência e qualidade hospitalar e na segurança do doente”.

Existem alguns indicadores para os quais os profissionais de saúde devem estar despostos para desencadear o processo de planeamento de alta. De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008, p.3), o processo de planeamento de alta deve ser iniciado em todos os doentes aos quais se prevê uma necessidade de cuidados de “reabilitação/manutenção, no contexto da doença subjacente e da sua envolvente social, imediatamente após um internamento hospitalar (...) acrescem todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança”. Também Garção (2013) aponta para a necessidade de avaliação da situação social e financeira. No estudo desenvolvido por Ramos (2015), é evidenciado um aumento da duração do tempo de internamento, determinado por fatores como: a idade do doente (superior a 70 anos), doentes que vivem sozinhos ou acompanhados pelo cônjuge da mesma idade, o aumento do grau de dependência, a falta de suporte familiar e social e a falta de preparação dos cuidadores. Outros critérios relevantes para identificar doentes com necessidade de planeamento de alta são: idade superior a 65 anos com internamentos frequentes (com intervalos inferiores a três meses) ou com diagnóstico de fratura; motivo de admissão por acidente vascular cerebral ou politraumatismo (independentemente da idade); doença terminal; ausência de contactos; gravidez precoce; maus-tratos físicos e psicológicos, por negligência (independentemente da idade) (Hospitais SA, 2005).

O planeamento de alta está associado a uma diminuição de reinternamentos hospitalares não programados e à diminuição da duração do internamento (Direção-Geral da Saúde, 2006; Driscoll, 2000; Holland & Hermann, 2011; Parker et al., 2002), e consequentemente, à diminuição do risco de infeções hospitalares e redução de custos associados (Teixeira, 2012). De acordo com o estudo desenvolvido por Scott (2010), a percentagem de doentes readmitidos 30 dias após a alta hospitalar é de 11%. Este autor identificou os seguintes critérios de doentes com maior risco de reinternamento hospitalar: idade superior ou igual a 80 anos; morar sozinho com escasso apoio social; cinco ou mais comorbilidades; antecedentes de síndrome depressiva; alterações cognitivas e funcionais; doença em estado avançado; e internamentos hospitalares prévios prolongados.

Estes indicadores podem ser valiosos guias orientadores, na medida em que facilitam a identificação de doentes que necessitam de um efetivo planeamento de alta.

## 1.5. A pessoa dependente e a continuidade de cuidados

A dependência relaciona-se com a perda de autonomia, interferindo diretamente com a forma como o doente desempenha as suas atividades de vida diária. O conceito de dependência é definido por Sequeira (2010, p.5) como “a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”. Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, a dependência é definida como:

*“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* (Ministério da saúde, 2006, p.3857).

A dependência no autocuidado é um dos principais critérios que poderá estar subjacente a muitos outros focos de atenção, funcionando como um gatilho para o processo de planeamento de alta e estando presente na maior parte das situações. Roper, Logan e Tierney (2001) consideram que a avaliação do grau de dependência da pessoa nas atividades de vida diária é uma competência importante dos enfermeiros, permitindo perceber de que forma as pessoas devem ser assistidas e dirigir as intervenções mais adequadas em cada situação. Inerente a esta dependência ao autocuidado, há a necessidade de identificação e atribuição do papel de prestador de cuidados, da qual emerge a necessidade de validação do conhecimento e capacidade para as tarefas que terá de desempenhar. Estas dimensões do cuidar levam-nos à reflexão sobre a pertinência da avaliação do suporte social, suporte familiar e serviço de saúde, em articulação com os serviços disponíveis na comunidade (Garção, 2013). A continuidade de cuidados desenrola-se como uma teia, que vai expandindo de acordo com a resposta dos seus intervenientes e o contexto em que se inserem.

Quando existe recetividade e concordância do doente e da família ou prestador de cuidados, em regressar a casa após a alta, o plano de cuidados deve assegurar os seguintes pressupostos: prevenção da doença (através de processos de ensino-aprendizagem, que permitam a aquisição de competências cognitivas e capacidades, potenciadores de saúde e qualidade de vida); processos de readaptação à doença (através de estratégias de aceitação da doença, de auto-estima positiva); gestão do regime terapêutico; satisfação das necessidades humanas fundamentais (através de processos de ensino-aprendizagem, que garantam a aquisição de capacidades para assegurar o autocuidado ou em articulação com recursos existentes na rede de apoio formal) (Padilha, 2006).

Cuidar de um doente dependente é uma tarefa desafiante, suscetível de gerar uma crise no ambiente familiar, que pode afetar o bem-estar de todos os seus elementos. Esta transição entre o internamento e o domicílio deve ser alvo da atenção dos profissionais de saúde,

nomeadamente, dos enfermeiros. A alta só pode ser considerada se o cuidador demonstrar segurança na prestação de cuidados e este processo de aquisição de conhecimentos e capacidades, leva tempo e deve ser sujeito a validação. “O doente e a família precisam de um tempo de moratória o que nos sugere que o período de internamento deveria ser (...) mais alargado e deveria contar, sempre que possível, com uma participação ativa, mais precoce da família” (Martins, 2002, p.260).

Perante um cuidador com potencial para a adquirir conhecimento é importante programar atempadamente, mediante a disponibilidade do cuidador, intervenções no âmbito do ensinar/instruir. “A situação de dependência da pessoa gera na família a necessidade de informação. Informar é uma estratégia para promover a sua capacidade para cuidar, facilitando o ajuste à transição, permitindo uma melhor adaptação” (Petronilho, 2007, p.56). A aquisição de conhecimento é importante para organizar as competências cognitivas, que irão sustentar a aprendizagem de capacidades.

De acordo com o estudo desenvolvido por Petronilho, Pereira e Silva (2014), os principais critérios, utilizados pelos profissionais de saúde, na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar são a condição de saúde do doente, os recursos familiares, as respostas disponíveis na comunidade e nos serviços de saúde.

Segundo Ribeiro, Pinto & Regadas (2014), no caso dos doentes dependentes em grau elevado no autocuidado, o alvo dos cuidados de enfermagem deveria basear-se no conhecimento e treino de capacidades e habilidades do cuidador, na informação sobre prevenção de complicações, recursos institucionais, profissionais e de equipamentos disponíveis.

Também no estudo de investigação realizado por Padilha (2006), verificou-se que, antes da alta, os doentes e/ou os prestadores de cuidados apresentavam défices no domínio do conhecimento e capacidade (nomeadamente sobre a doença e auto vigilância), da gestão do regime terapêutico (nomeadamente sobre regime medicamentoso, resposta aos medicamentos e hábitos alimentares a adotar, prevenção de complicações associadas ao regime medicamentoso, auto-administração de fármacos), na prevenção de úlceras de pressão e no autocuidado (sobretudo, higiene e transferir-se).

As necessidades de aquisição de conhecimento e capacidades por parte do prestador de cuidados podem ser muito discrepantes de pessoa para pessoa, dependendo do seu potencial de aprendizagem. A programação dos momentos de aprendizagem deve ser personalizada com base nessas necessidades, e a monitorização dos conhecimentos e capacidades adquiridas tem de estar bem patente antes da alta. “É necessário, também, contribuir para o aumento do repertório de conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados, estando atentos a sinais e sintomas de sobrecarga, por forma, a que ele próprio se adapte a este processo de transição” (Petronilho, 2007, p.53).

Este processo de desenvolvimento de competências leva-nos à capacitação do prestador de cuidados, como forma de o tornar mais apto ou capaz de cuidar do doente e das suas necessidades. A capacitação do cuidador “não significa que ele adopte o papel do profissional de saúde, ele assume-se como um parceiro de cuidados, que deve ter sempre na retaguarda um técnico, que o apoie continuamente e valide o seu conhecimento e as suas competências” (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, Neves & Fortuño, 2016, p.34). A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.145) aponta para a importância da capacitação, como forma de “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde”.

A aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados deve ser colmatada com intervenções que privilegiem momentos de treino e prática, onde, sucessivamente, tenha oportunidade de observar, treinar e validar as práticas que terá de assegurar no domicílio. Estes momentos de aprendizagem permitem dotar o cuidador com competências técnicas, que lhe confere segurança para assumir este papel. Estas estratégias irão munir os cuidadores “(...) de um repertório de conhecimentos, de capacidades e recursos da comunidade que lhes permitam ajudar o seu familiar dependente no domínio do autocuidado, na gestão do regime terapêutico, na prevenção de complicações e no seu bem-estar psicológico” (Petronilho, 2007, p.57).

No seu estudo de investigação, Dias (2005, p.139), refere que “os prestadores de cuidados com baixo nível sócio-económico evidenciaram maiores dificuldades, enquanto aqueles a quem foram facultados ensinamentos, no momento da alta hospitalar do doente, evidenciaram menores dificuldades no que concerne à relação com o doente”.

Segundo a teoria de Bandura (1996), a aprendizagem decorre com base em quatro processos: observação e percepção do comportamento do modelo; retenção do comportamento através de processos simbólicos (recorrendo a imagens mentais e representações verbais); reprodução na execução prática das memórias codificadas de forma simbólica; e motivação através do reforço e incentivo dos comportamentos executados.

A família surge quase sempre como a rede de apoio, que mais é chamada a participar no planeamento de alta. Para avaliar a funcionalidade e as suas necessidades, Petronilho (2007), defende algumas atividades específicas a desenvolver: incentivar a partilha de expectativas quanto às necessidades no domicílio, ao apoio dos profissionais de saúde (rede formal), ao apoio dos restantes membros da família, amigos e vizinhos (rede informal); perceber o nível de disponibilidade para os cuidados, conhecer as suas crenças sobre os cuidados a realizar e as experiências anteriores semelhantes; conhecer o tipo de relacionamento afetivo com a pessoa a cuidar; perceber o grau de conhecimento sobre a doença, as complicações e as opções terapêuticas.

Uma das grandes limitações do prestador de cuidados em assumir os cuidados após a alta e cuidar da doente no domicílio, prende-se com a sobrecarga do cuidador e a insegurança dos cuidados a prestar. Ao longo da preparação da alta hospitalar é importante que o cuidador

tenha conhecimento sobre os cuidados a prestar e saiba como proceder para ter acesso aos profissionais de saúde, quando necessita de apoio. De acordo com Hager (2010), o planeamento de alta com uma perspectiva inclusiva do doente e da família, no sentido da identificação de objetivos e barreiras, é imperativo na diminuição de reinternamentos, na prevenção de complicações, no aumento da satisfação dos doentes e na transição do hospital para o domicílio.

#### 1.6. A importância da equipa multiprofissional

O planeamento da alta hospitalar e a continuidade de cuidados exigem a articulação de diferentes profissionais de saúde, “em diferentes níveis de cuidados e a inclusão na equipa de saúde de um prestador de cuidados informal e/ou de uma rede de prestação de cuidados / suporte formal” (Padilha, 2006, p.46). Neste trabalho conjunto, todos os intervenientes devem coordenar as suas funções, de modo a rentabilizar tempos de intervenção e estabelecer meios de comunicação eficientes.

A intervenção de diferentes profissionais da área da saúde é relevante, no sentido de complementar informação e otimizar o trabalho de equipa, desde que cada um compreenda quais as suas competências e áreas de intervenção. “Um plano de alta requer um trabalho interdisciplinar, uma interação entre os profissionais envolvidos no processo saúde-doença, para superar a fragmentação do cuidado, permitindo a discussão sobre a resolução de problemas, com vista à compreensão da realidade vivida pelo doente” (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo & Poletti, 2007, p.346).

Para o sucesso deste processo, fazem parte da equação o doente, a família, o cuidador informal ou pessoa significativa, a rede de pessoas significativas de suporte e os profissionais de saúde (tais como enfermeiros das instituições hospitalares, enfermeiros da comunidade, médicos do hospital e da comunidade, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, psicólogo), entre os quais deve haver espaço para partilha de informação e responsabilidades. “Os cuidados de saúde desenvolvem-se e inserem-se numa lógica multiprofissional e multidisciplinar, em que os ganhos em saúde dos cidadãos resultam do contributo particular de todos os seus atores, nomeadamente, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros” (Petronilho, 2007, p.45).

O médico é o profissional de saúde responsável por realizar o diagnóstico clínico, elaborar o plano terapêutico e proceder ao seu encaminhamento. O médico desempenha um importante papel na coordenação entre serviços de saúde, sendo um dos elementos preponderantes na equipa, aquando da decisão de alta do doente (Silva, 2010).

O assistente social contribui para o planeamento de alta, sobretudo nos casos de doentes dependentes, na medida em que identifica meios de apoio capazes de minimizar o isolamento social. No seu desempenho, o Assistente social promove a ligação com outros profissionais de saúde, disponibiliza novos recursos físicos e financeiros, disponibiliza soluções de encaminhamento para a rede formal, informal e/ou de cuidados continuados integrados, orienta o doente e família quanto aos recursos disponíveis na comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2006).

O fisioterapeuta trabalha com o objetivo da máxima funcionalidade do doente, planeando e executando programas de exercício físico específicos e individualizados, que proporcionem qualidade de vida e bem-estar. “Desenvolve atividades conducentes à promoção, avaliação, melhoria, manutenção ou restauração dos perfis funcionais de mobilidade, de autonomia e da saúde e do bem-estar dos seus utentes e comunidades” (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2020).

Sobretudo em doentes com necessidade de aumento de aporte calórico (nos casos de desnutrição) ou adaptação da via de alimentação (por necessidade de administração por sonda) deve ser solicitada a intervenção do Nutricionista, de modo a realizar o ajuste do plano alimentar proposto para manter após a alta (Toledo et al., 2018).

Por sua vez, a intervenção do psicólogo permite a avaliação e modificação de comportamentos que interfiram no bem-estar do doente e da família, por isso, a sua intervenção, quer seja em ambiente hospitalar ou na comunidade, deve ser solicitada para reencontrar o equilíbrio emocional (Silva, 2010).

O enfermeiro acolhe o doente ao longo do internamento, diagnostica, planeia e intervém em todas as dimensões das necessidades humanas do doente, e realiza o encaminhamento para os profissionais de saúde que possam ser uma mais-valia no planeamento da alta (Maramba et al., 2004; Padilha, 2006). Pela natureza do exercício da sua profissão, o enfermeiro é o profissional de saúde que estabelece um maior tempo de contacto com o doente e com a família, o que lhe confere uma posição privilegiada no processo de planeamento de alta. Pela sua proximidade ao doente, pela essência dos cuidados que presta, pelo tempo de contacto e pela estreita relação com os outros profissionais de saúde, o enfermeiro não pode demitir-se da importância do seu papel (Costa, 2003).

Como podemos perceber na análise feita por Simões e Grilo (2012), neste campo, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de reabilitação enaltece a qualidade dos cuidados prestados, com base nas competências de que dispõe. Atendendo a esta análise, podemos distinguir a intervenção do enfermeiro de reabilitação em diferentes momentos: na admissão, na conceção de cuidados e nas estratégias de intervenção. Na admissão do doente ao internamento hospitalar, o enfermeiro de reabilitação identifica as necessidades, os problemas reais e potenciais, e o cuidador informal; estabelece contacto com a família durante o horário de visita; e faz uma previsão do grau de dependência após a alta.

Quanto à conceção de cuidados, o enfermeiro de reabilitação avalia as reais capacidades do doente e família e recursos necessários após a alta; promove momentos de aprendizagem de conhecimentos e capacidades adaptados às necessidades de cada um; disponibiliza apoio emocional; participa no encaminhamento do doente para a comunidade; e coordena o seu trabalho com outros profissionais envolvidos. Quanto às estratégias de intervenção, promove reuniões com a família ou cuidador com quem estabelece momentos de reflexão e negociação dos cuidados; permite a sua presença e participação na prestação de cuidados, devidamente programada; disponibiliza e encaminha pedidos de materiais de apoio ou compensação; fornece documentação escrita para consulta, quando necessário; programa visitas domiciliárias para avaliação das condições habitacionais e recursos da comunidade; identifica barreiras e aconselha sobre adaptações da estrutura física da habitação; e divulga informação das redes de apoio ao cuidador, disponíveis na comunidade (Simões & Grilo, 2012).

Apesar do seu papel tão basilar ao longo de todo o processo de planeamento de alta, quando confrontados com as exigências da realidade de trabalho nos serviços de internamento, os enfermeiros de reabilitação são limitados pela falta de tempo, sendo muitas vezes o seu trabalho delegado noutros profissionais. Apesar da evolução do trabalho de investigação, demonstrando interesse por esta área dos cuidados de saúde, deve haver mais investimento nesta área de saber. Aliás, os autores Lee e Emmerson (2006) referem que o processo de planeamento da alta deve assentar em *skills* dos enfermeiros e, que, raramente este conhecimento é adquirido em contexto académico, ou seja, a aprendizagem é concretizada empiricamente, no local de trabalho.

## 2. O Modelo das Atividades de vida como suporte para a continuidade de cuidados

Da reflexão sobre o planeamento de alta e a continuidade de cuidados surge a importância de enquadrar estes princípios num referencial teórico, que os suporte. A dependência é um dos critérios com maior impacto na continuidade de cuidados, sobretudo a dependência nas atividades da vida diária.

*“As actividades da vida diária (AVD) são todas as actividades ou tarefas comuns que as pessoas realizam de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas actividades podem ser agrupadas em duas tipologias: as actividades básicas da vida diária (ABVD) relacionadas com o cuidado pessoal e as actividades instrumentais da vida diária (AIVD) que dizem respeito às actividades domésticas e comunitárias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.17).*

Os princípios que gerem a conduta profissional dos enfermeiros devem ser suportados por um referencial teórico, uma estrutura conceptual da profissão. Entre as referências

conceptuais, decidimos enquadrar este estudo no modelo teórico desenvolvido por Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney, o modelo das atividades de vida diária. Este modelo de enfermagem baseia-se num modelo de vida, centrado numa prática de cuidados individualizada, que surge da relação entre os fatores que influenciam as atividades de vida ao longo do ciclo vital do indivíduo, num contínuo dependência/ independência. Centra-se na pessoa como um todo (visão holística), fomenta a autonomia e a tomada de decisão, procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais e o máximo de independência possível na realização das atividades de vida. O enfermeiro tem como objetivos: identificar as necessidades de cuidados especializados e individualizados à pessoa, família e/ou comunidade; reconhecer problemas (reais ou potenciais); instituir intervenções que minimizem os problemas, com recurso a estratégias de validação e negociação, com vista à reformulação do projeto de vida e de saúde da pessoa (Roper et al., 1995).

Este modelo é um instrumento simples, que qualifica os cuidados de enfermagem e possibilita a análise das atividades de vida do indivíduo, promovendo a saúde e bem-estar através da elaboração de um plano de cuidados com base nas AVD dependentes de cuidados (Ximenes et al., 2020). Contempla a existência de cinco componentes basilares: atividades de vida, duração de vida, grau de dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade da vida. São doze as atividades de vida que constituem o conceito principal deste modelo, em que qualquer alteração numa delas terá impacto nas restantes: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controle da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte (Moura et al., 2015).

As etapas do ciclo de vida (estádio pré-natal, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade) influenciam o comportamento em cada atividade de vida, pelo que, é inevitável que, com o avançar da idade, haja uma mudança constante, e seja influenciado pelas circunstâncias biológicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e económicas, bem como, pelo grau de dependência e independência nas atividades de vida (Roper et al., 1995).

Cada pessoa tem um estado de dependência/independência para cada uma das AVD. O grau de dependência/independência de cada pessoa em relação às atividades de vida não se relaciona apenas com as etapas da vida; mas também com os fatores que influenciam as atividades de vida (Fonseca, Coroado & Pissarro, 2017).

O ambiente e o aparecimento de patologias afetam a vivência do quotidiano, limitando o potencial de máxima independência da pessoa. De acordo com este modelo de enfermagem, os fatores que influenciam as atividades de vida são de carácter físico, psicológico, sociocultural, ambiental e político-económico. “O enfermeiro pode auxiliar a pessoa com deficiência a desenvolver habilidades que lhe permitam executar, seguramente, as atividades de vida, através da sistematização do cuidado, avaliando não apenas os fatores

físicos e biológicos, como também os ambientais e socioculturais” (Moura et al., 2015, p.318).

Por último, relativamente ao quinto e último componente deste modelo, a individualidade da vida, segundo as autoras Roper, Logan e Tierney, centra-se no processo complexo de viver, em que cada pessoa tem uma experiência única e irrepetível, e é um produto dos restantes componentes, analisados anteriormente (figura 3). Quanto à individualidade, pode manifestar-se de várias maneiras, por exemplo: como; quantas vezes; onde; quando; por que é que essa pessoa desempenha determinada atividade de vida de uma forma particular; o que é que a pessoa sabe, acredita, e qual é a atitude da pessoa em relação à atividade de vida (Roper et al., 1995).

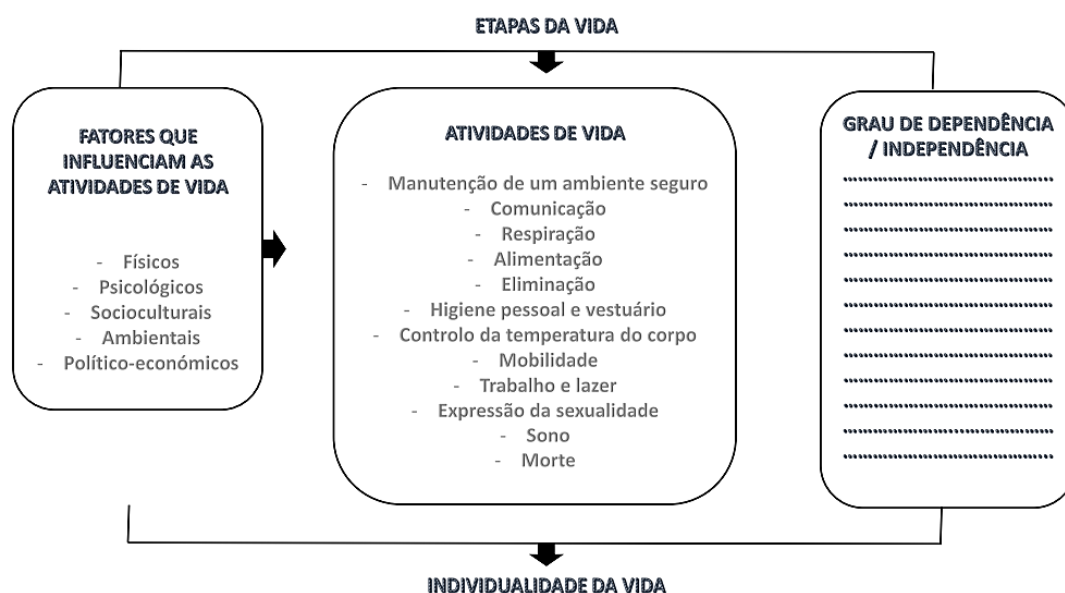


Figura 3: Diagrama do modelo de vida  
Fonte: (Roper et al., 1995, p.40)

O enfermeiro deve promover intervenções preventivas, de modo a assegurar a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa, bem como, evitar um agravamento da incapacidade, prevenir complicações, garantir a socialização e a dignidade. Sendo o objetivo a promoção da satisfação das necessidades humanas e a máxima independência na realização das atividades de vida, há que considerar uma adaptação nas diferentes intervenções, de modo a encontrar a resposta mais adequada.

Segundo Roper et al. (2001), os diagnósticos de enfermagem para pessoas com movimentos ou mobilidade alterados ou comprometidos, relaciona-se com o compromisso do equilíbrio e da coordenação, com instabilidade do tronco, fraqueza muscular, paralisia, repouso prolongado na cama e perda ou diminuição da visão. Como descrito neste modelo, a rotina quotidiana envolve uma multiplicidade de complicados movimentos corporais em inúmeras

combinações, muitos dos quais são internos e não se veem, não sendo muitos deles conscientes.

A utilização deste modelo, no âmbito deste estudo, reveste-se de um grande simbolismo, no sentido em que, o recurso a um modelo estruturante do pensamento garante “o raciocínio lógico, organizado e intuitivo, de modo a que nos guie na nossa abordagem clínica, auxiliando-nos na fundamentação e argumentação das nossas ações e decisões” (Fonseca et al., 2017, p.101).

## CAPÍTULO II - TRABALHO DE CAMPO

O planeamento da alta pretende que o doente retorne às suas atividades de vida diária com a máxima independência possível, preferencialmente no seu ambiente. “O sucesso do plano de alta, independentemente do quadro do utente, vai depender dos profissionais envolvidos e principalmente do momento do seu início” (Nogueira, 2003, p.76). O enfermeiro de reabilitação dirige os seus cuidados à pessoa com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo vital, “nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.16656).

Em Portugal, a visão e sensibilidade dos profissionais de saúde para o planeamento de alta ainda está longe de ser unânime e padronizada, salientando-se “o facto de não existir uma atitude implícita de programação da alta, existindo intervenções pontuais e não uniformizadas (Martins & Fernandes, 2009, p.90). No SNS, nem todos os serviços de internamento hospitalar contam, nos dias de hoje, com a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. As intervenções direcionadas para o planeamento da alta, nem sempre estão bem aferidas entre os enfermeiros de cuidados gerais e o enfermeiro de reabilitação, sendo notória alguma falta de coordenação das equipas neste âmbito.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2017), em Portugal, a esperança média de vida, no período 2015-2017, era de 80,8 anos e o número de camas internamento da RNCCI contabilizou um aumento de 0,7%, num total de 8.172 camas em todo o país. Segundo esta fonte, as orientações de reforço dos cuidados hospitalares em 2017, salientavam o incentivo da prestação de cuidados de equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a articulação e coordenação entre os profissionais e uma resposta centrada no utente e no seu percurso no SNS. A região do norte do país, em 2017, contabilizava 3.580.390 habitantes, tendo-se verificado 313.088 internamentos nos hospitais do SNS da região norte, com 2.379.058 dias de internamento (um acréscimo comparativamente ao ano anterior) e um rácio de 312,4 habitantes por enfermeiro ao serviço (PORDATA, 2019).

Estes dados revelam a importância dos cuidados prestados pelos hospitais centrais do SNS, dos quais é exemplo o hospital onde foi desenvolvido este estudo. Esta unidade hospitalar implementa as diretrizes definidas pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que pretendem “aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, (...) orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram, assegurando, quando necessário, a referenciação adequada, informada e atempada” (Ministério da Saúde, 2015, p.13552). Para dar resposta a uma eficiente referenciação e planeamento de alta, a intervenção dos enfermeiros revela-se um desafio exigente, com limitações burocráticas acrescidas.

## 1. Do problema às perguntas de investigação

O processo de definição do estudo iniciou-se através da nossa reflexão sobre a prática clínica, em que constatávamos que os enfermeiros a trabalhar em serviços de internamento dos hospitais portugueses, desenvolviam o processo de planeamento de alta de forma muito díspar, com implicações quer para o trabalho de equipa desenvolvido neste âmbito, quer para a qualidade e satisfação do doente e da família.

Os serviços de internamento de adultos do SNS deparam-se muitas vezes com entraves associados à continuidade de cuidados, sobretudo nos casos de doentes em situação de dependência. Ao desenvolver a prática de cuidados de enfermagem nestes contextos, observamos que os métodos e estratégias dos enfermeiros para desenvolver o planeamento da alta são muito díspares, o que levanta algumas questões ainda não esclarecidas pela literatura.

Por motivos éticos, não será identificado o hospital onde decorreu este estudo, podendo no entanto referir-se que constitui um dos hospitais centrais e de referência da região norte do país, com valências diferenciadas, nas quais presta cuidados de saúde a uma extensa área territorial de influência, que lhe está atribuída pelas redes de referência. A escolha deste local para o desenvolvimento do estudo, prende-se também com o facto de ser um centro de referência na prestação de cuidados de saúde, e pelo conhecimento da prática clínica desenvolvida neste local.

Considerando os dados já anteriormente expostos, a pergunta de partida que emergiu em necessidade de resposta foi: Será que há diferença no planeamento de alta do doente, entre os vários tipos de enfermeiros?

Os objetivos da realização deste estudo de investigação são:

- Compreender o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros;
- analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade.

Numa investigação de carácter qualitativo, a finalidade engloba informação acerca do fenómeno que se encontra a ser explorado, dos participantes no estudo, e do local onde se procede à investigação. O paradigma qualitativo é aquele que através da coleta, analisa e processa dados e informação qualitativa, recorrendo a métodos de colheita de dados como são exemplo, a entrevista, a observação e os diários (Ruas, 2017). “Os estudos qualitativos têm como objetivos principais descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo (...), explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou atribuição de uma significação a esta mesma experiência” (Brink, 1998, citado por Fortin,

2009, p.290). Neste estudo, a finalidade é contribuir para a continuidade de cuidados específicos na área da enfermagem de reabilitação.

Decorrente desta ideia, contextualizamos as seguintes perguntas de investigação:

- Como é que os enfermeiros preparam a alta dos seus doentes?;
- Quando é que os enfermeiros iniciam a preparação da alta?;
- Que estratégias usam os enfermeiros para a preparação da alta hospitalar?;
- Como é que os enfermeiros programam a continuidade de cuidados após a alta hospitalar?;
- Será que há diferenças das estratégias de preparação da alta entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas de reabilitação?

Os próximos capítulos descrevem as restantes fases metodológicas deste estudo.

## 2. População e Amostra

Segundo Fortin (2009), a população consiste num conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos), com características comuns ao interesse do investigador, no seu estudo. Por sua vez, “a amostra é uma fração de uma população sobre o qual se faz o estudo. A constituição da amostra pode variar segundo o objetivo procurado, os constrangimentos que se exercem no terreno e a capacidade de acesso à população” (Fortin, 2009, p.312).

Dada a natureza do estudo, foi constituída uma amostra do tipo intencional de participantes, com o critério de inclusão de serem enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento de adultos do hospital onde decorre o estudo, até à saturação de dados. Neste sentido, constituíram parte da amostra total de participantes, vinte enfermeiros.

Para garantir a integridade do estudo, foram selecionados em igual número, enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento de adultos das áreas médica (dez participantes) e cirúrgica (dez participantes), e em cada uma destas áreas, foram também selecionados, em número equitativo, dois participantes, com os seguintes critérios: enfermeiros sem especialidade, enfermeiros especialistas de reabilitação, saúde mental e psiquiátrica, saúde comunitária e médico-cirúrgica (figura 4). Foi critério de exclusão a seleção de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica, dada a natureza do estudo.

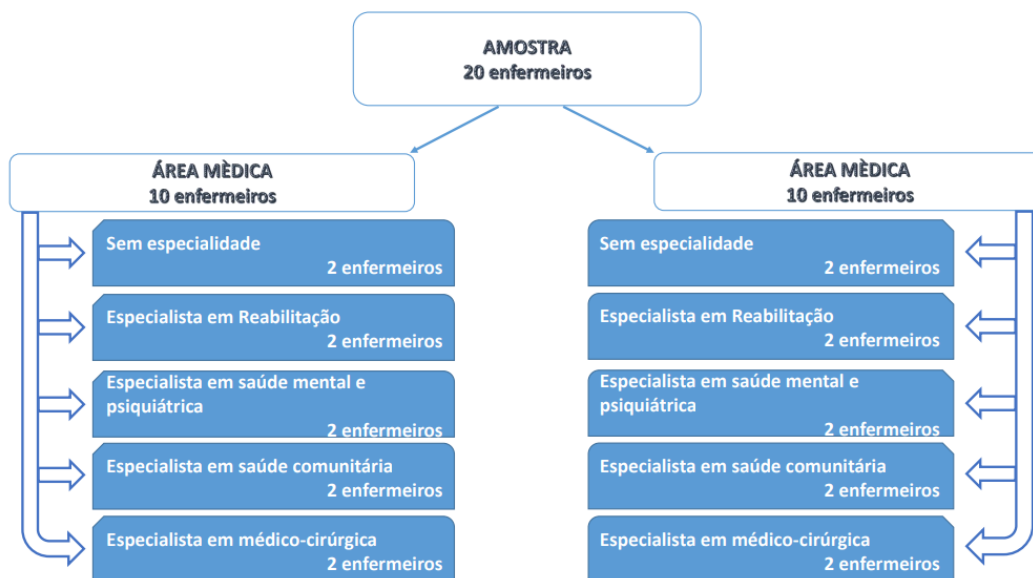


Figura 4: Diagrama da amostra do estudo

Atendendo aos dados sociodemográficos, os participantes foram caracterizados com base na idade, sexo e habilitações literárias. Assim, os participantes deste estudo compreendem um intervalo de idades entre os 26 e os 46 anos de idade, são maioritariamente do sexo feminino, género constituído por dezassete participantes, e três do sexo masculino. Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes tem a licenciatura (treze), seis com mestrado e um com doutoramento (tabela 2).

Participante	Idade	Sexo	Habilitações Literárias
1	36	Feminino	Mestrado
2	36	Feminino	Licenciatura
3	26	Feminino	Licenciatura
4	29	Feminino	Licenciatura
5	38	Feminino	Licenciatura
6	35	Masculino	Doutoramento
7	28	Feminino	Licenciatura
8	27	Feminino	Licenciatura
9	43	Feminino	Mestrado
10	44	Feminino	Licenciatura
11	30	Feminino	Licenciatura
12	29	Masculino	Mestrado
13	46	Feminino	Mestrado
14	31	Feminino	Licenciatura
15	41	Feminino	Licenciatura
16	29	Feminino	Licenciatura
17	30	Feminino	Licenciatura
18	37	Masculino	Licenciatura
19	28	Feminino	Mestrado
20	29	Feminino	Mestrado

Tabela 2: Dados sociodemográficos dos enfermeiros

Relativamente aos dados profissionais dos enfermeiros, foi realizada uma análise da formação contínua em planeamento de alta e continuidade de cuidados, categoria

profissional, tempo de exercício profissional, âmbito do exercício de funções, tipo de horário de trabalho, número de enfermeiros por turno e tipo de serviço (figura 5).

A maioria dos enfermeiros refere nunca ter frequentado nenhuma formação contínua em planeamento de alta ou continuidade de cuidados, tendo apenas dois enfermeiros referido ter formação deste âmbito, e um enfermeiro apenas em planeamento de alta.



Figura 5: Diagrama de caraterização profissional dos enfermeiros

Relativamente ao tempo de exercício profissional, o intervalo é bastante disperso, com enfermeiros com uma experiência profissional que oscila entre os quatro e os vinte e cinco anos, sendo que existe maior densidade de participantes com uma experiência que varia entre os oito e os quinze anos. Todos os enfermeiros entrevistados com especialidade estão neste momento a exercer a sua atividade como especialista de enfermagem da respetiva área, todos os enfermeiros sem especialidade encontram-se a exercer no âmbito de cuidados gerais e apenas um enfermeiro presta funções na área da gestão.

A maioria dos enfermeiros exerce a sua prática clínica em horário de tipo rotativo (por turnos) e apenas quatro enfermeiros o fazem em horário fixo (no turno da manhã). O número de enfermeiros por turno oscila, nomeadamente: a) no turno da manhã, entre os 3 e os 7 enfermeiros; b) no turno da tarde, entre os 2 e os 6 enfermeiros; c) no turno da noite, entre os 2 e os 5 enfermeiros. O rácio de enfermeiro por doente é relativamente inferior nos serviços das áreas médicas, comparativamente aos das áreas cirúrgicas. Quanto ao tipo de

serviço, os enfermeiros estão distribuídos em partes iguais pelas duas tipologias integrantes na amostra: dez enfermeiros da área médica e dez enfermeiros da área cirúrgica.

Em síntese, os nossos participantes foram selecionados a partir de critérios previamente estabelecidos, o que confere a característica de amostra intencional.

### 3. Instrumento de Colheita de Dados

A seleção do instrumento de colheita de dados é a etapa do processo de investigação que ocorre após a realização de algum trabalho preliminar, onde é definida a informação exata que se necessita obter da realidade (Vilelas, 2009). O investigador deve definir o tipo de instrumento que mais convém aos objetivos do estudo, de forma a dar resposta às questões de investigação, atendendo às características da amostra e ao tempo de pesquisa disponível.

A entrevista é o instrumento de colheita de dados de eleição, constituindo-se como uma estratégia valiosa para recolher os dados na voz do próprio entrevistado, onde é possível explorar ideias, investigar motivos e opiniões que outros métodos não permitem. “A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas” (Fortin, 2009; p.375).

O tipo de entrevista utilizada neste estudo foi a entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista implica a recolha de dados, com recurso a diferentes tipos de registo, poderá ser posteriormente descodificado e organizado, de modo a dar sentido à investigação e apresentar os resultados (Ribeiro, 2010). Este instrumento contém as grandes linhas do tema a explorar, facultando liberdade ao entrevistado para responder e ao investigador para esclarecer que surgem ao longo do discurso. A utilização deste instrumento prende-se com o recurso a um guião orientador, que diminui o risco de perda de informação relevante.

A elaboração das perguntas que constituem a entrevista semi-estruturada, suportada pelo modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney foi realizada com base na natureza, nos objetivos e nas perguntas de investigação (tabela 3).

A parte inicial do guião da entrevista semi-estruturada é constituída por algumas questões baseadas nos dados sociodemográficos e profissionais (anexo II). Posteriormente, seguem-se as perguntas do guião, que estão organizadas de acordo com os objetivos da investigação. As primeiras perguntas são direcionadas no âmbito da análise do planeamento de alta e continuidade de cuidados, realizada pelos enfermeiros. As últimas duas perguntas são direcionadas para a análise da relação entre o planeamento de alta e a formação dos enfermeiros (tabela 3).

Objetivos da pesquisa	Perguntas de investigação	Perguntas do Guião da entrevista
Descrever o processo de planeamento de alta na perspectiva dos enfermeiros	Como é que os enfermeiros preparam a alta dos seus doentes?	Quais as atividades diagnósticas que mais desenvolve para o planeamento de alta? Na sua prática clínica, que critério usa para identificar a necessidade de planeamento da alta? (na admissão, mediante algum incidente crítico) Na sua opinião, há doentes que têm reinternamentos após a alta? Quando tem destes doentes, o que faz geralmente? (agravamento)
	Quando é que os enfermeiros iniciam a preparação da alta?	Quando tem um doente distribuído / à sua responsabilidade, como e quando inicia o planeamento da alta hospitalar?
	Que estratégias usam os enfermeiros para a preparação da alta hospitalar?	Que instrumento utiliza para lhe facilitar o planeamento de alta? Quando identifica a necessidade de planear a alta de um doente, como garante a sua realização até ao momento da alta?
	Como é que os enfermeiros programam a continuidade de cuidados após a alta hospitalar?	Quando tem um doente que prevê que será dependente para além da alta médica, como faz para a continuidade de cuidados? Utiliza alguns modelos / formulários específicos para encaminhar o doente, dentro e fora do hospital? Que vantagens e desvantagens vê nesses recursos? Tem algum feedback da continuidade de cuidados, quando o doente vai para o domicílio?
Analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade	Será que há diferenças das estratégias de preparação da alta entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas de reabilitação?	Considera ter formação ajustada para fazer um planeamento de alta com qualidade? Que sugestões nos pode deixar para melhorar o planeamento da alta e a continuidade de cuidados?

*Tabela 3: Construção do instrumento de colheita de dados*

Após a construção do guião da entrevista (anexo II) e documento de consentimento informado (anexo III), procedemos a uma experiência prévia, para validação do instrumento. Com esta experiência foi possível avaliar a pertinência da formulação das questões, explorar a existência de eventuais dúvidas e testar a duração aproximada de cada entrevista. Esta etapa permite aferir a formulação das questões, antecipar possíveis imprevistos e preparar o investigador para a colheita de dados.

Após a devida submissão e aprovação pela Comissão de ética e Conselho de Administração do hospital onde decorreu o estudo (anexo IV), foram contactados os enfermeiros de cada uma das áreas (médica e cirúrgica), pessoalmente ou por via telefónica, que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, e explicados os objetivos do estudo. Todos os participantes contactados se mostraram disponíveis e recetivos a participar neste estudo, pelo que foi realizado o agendamento de um dia, hora e local para a realização da entrevista, tendo em consideração a disponibilidade do investigador, mas também, e sobretudo, a disponibilidade dos participantes e o facto de não interferir com a sua atividade profissional, compromissos pessoais e dinâmica dos respetivos serviços. As entrevistas decorreram durante os meses de Fevereiro e Março de 2020, como é possível verificar no cronograma (anexo I).

A entrevista decorreu de acordo com o guião. Foi reforçada novamente toda a informação, respeitante ao seu contributo, ao tema, natureza e objetivos do estudo, sendo que reafirmaram a sua intenção de participar. Antes de iniciar a entrevista, foi solicitada a

autorização do entrevistado (através da apresentação e assinatura do documento de consentimento informado - anexo III) e a gravação da entrevista, informando que a mesma será destruída no momento da conclusão do estudo. No início da entrevista, foi entregue o guião da entrevista, para que o entrevistado pudesse acompanhar e ler as questões, para garantir a compreensão das mesmas.

Ao longo de todas as entrevistas, foi devidamente acautelado o ambiente de realização da entrevista, através da criação de um ambiente descontraído, de empatia e atenção para com o entrevistado, mantendo o profissionalismo, procurando levar o entrevistado a responder às questões e esclarecendo eventuais dúvidas. Foram considerados os seguintes aspetos gerais: estado de espírito do entrevistado (confiança, confusão, constrangimento); contradições do entrevistado; momentos em que o entrevistado manifestava as suas emoções; linguagem corporal; tonalidade e ritmo da linguagem do entrevistando; e género de linguagem utilizada. Foi demonstrada disponibilidade para com o entrevistado, para se expressar com clareza, focado nos tópicos principais e a expor mais detalhes sobre os tópicos importantes, recorrendo a um resumo das ideias principais, sempre que necessário. Como forma de complemento, ao longo de todas as entrevistas foram feitas algumas anotações relativas à expressão facial e postura do entrevistado, para enriquecimento do conteúdo.

Em todas as entrevistas, foi respeitado o tempo limite previamente acordado, que não deveria ultrapassar os trinta minutos. A entrevista foi finalizada com um agradecimento pela disponibilidade de tempo e colaboração no estudo e reforçada a importância do seu contributo.

#### 4. Procedimentos Éticos

Qualquer investigação realizada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, motivo pelo qual a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa (Fortin, 2009). Por vezes a exigência de rigor metodológico podem tornar a pessoa suscetível a danos no seu bem-estar, dos seus direitos e liberdade (Vilelas, 2009), pelo que se deve atender a todas as medidas de proteção da pessoa.

Ao longo da colheita de dados, foi adotada uma conduta de respeito pela dignidade humana e pela autodeterminação dos participantes, com recurso à aplicação dos princípios fundamentais da bioética: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Não foram identificados dilemas éticos que pudessem interferir com os resultados do estudo.

O participante tem o direito de preservar o seu anonimato e receber a garantia de segurança e confidencialidade dos dados prestados. Por esse motivo, o investigador deve manter

ocultos os dados recolhidos durante e após o estudo, não podendo comunicá-los a terceiros sem autorização expressa do participante (Fortin, 2009).

No decurso da realização deste estudo foram cumpridas todas as questões éticas, com vista à salvaguarda da integridade ética e moral dos participantes. Todos os participantes foram previamente informados sobre o tema e natureza do estudo. A salvaguarda das implicações éticas foi feita através da apresentação oral e escrita do documento de consentimento informado (anexo III), onde consta toda a informação sobre a estrutura do estudo em que os enfermeiros foram convidados a participar.

Foi submetida a apresentação formal do estudo ao Conselho de Administração e Comissão de ética da instituição que serviu de fonte para a colheita de dados (anexo IV). Após o período de análise pela Comissão de ética, que teve a duração de cerca de um mês (anexo I), a realização do estudo foi aprovada pelo Conselho de administração do hospital, tendo sido concedida autorização para aceder aos enfermeiros desta instituição hospitalar (anexo V).

Nos meses de Fevereiro de Março de 2020, foram contactados os enfermeiros que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, em alguns casos por via telefónica e noutros pessoalmente, tendo sido devidamente informados sobre a natureza do estudo. Todos os participantes seleccionados referiram sentir-se disponíveis para, livremente, participar no estudo, não tendo havido nenhuma recusa de participação perante a descrição do estudo. Foram também informados sobre a possibilidade de, a qualquer momento, poderem desistir da sua livre participação no estudo, sem qualquer tipo de represália.

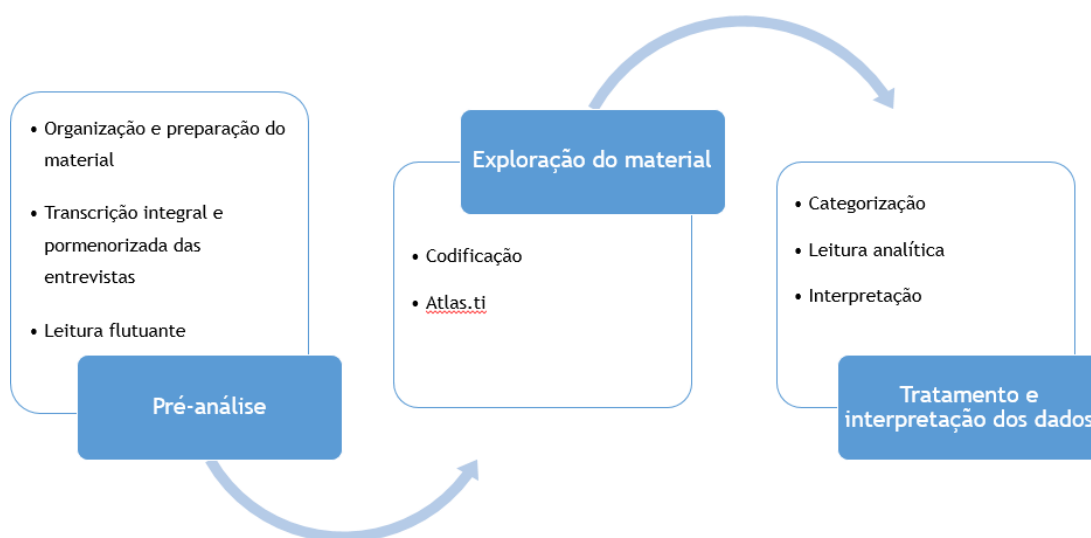
Em todas as entrevistas, foi providenciado um ambiente que garantisse privacidade, segurança e confidencialidade da informação prestada pelos participantes. Após a apresentação oral e escrita do documento de consentimento informado (anexo III), foi solicitada, a todos os participantes, a autorização de gravação áudio da entrevista, para posterior auscultação e transcrição. Todas as gravações áudio serão devidamente eliminadas após a conclusão do estudo. Após a transcrição escrita das entrevistas, cada uma delas foi apresentada ao respetivo participante, para obter a sua concordância com o conteúdo da informação recolhida e, respetiva assinatura, assegurando a credibilidade dos dados. Nenhum dos participantes se opôs à transcrição e todos se mostraram disponíveis para eventual esclarecimento com informações adicionais, em caso de necessidade.

Todas as entrevistas foram devidamente codificadas com recurso a uma letra e um número (por exemplo, A1), sem qualquer semelhança ou relação com a identidade dos participantes, de modo a garantir o anonimato dos mesmos durante o tratamento de dados.

## 5. Procedimento de análise de dados

A análise de dados é a etapa que envolve o trabalho dos dados recolhidos no terreno e “os dados a analisar na investigação qualitativa são as palavras e não os números” (Fortin, 2009, p.295). Um estudo qualitativo caracteriza-se pela natureza da preparação e pela análise do conjunto de dados obtidos, processo designado por análise de conteúdo.

A análise de dados foi realizada com recurso ao método de análise de conteúdo, que consiste num “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis e em contante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos diversificados (...) baseada na dedução: a inferência” (Bardin, 1977, p.9). Neste estudo, a análise de conteúdo foi realizada segundo o modelo de Laurence Bardin. Este modelo permite organizar, sintetizar e oferecer uma estrutura de dados, de modo a compreender o sentido das respostas e o conhecer o seu significado. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo consiste numa metodologia sistemática e objetiva, composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos (figura 6).



*Figura 6: Diagrama do método de análise de conteúdo*

Após a auscultação da gravação de cada uma das entrevistas, foi realizada a transcrição integral e pormenorizada do seu conteúdo, para um documento em suporte informático de processamento de texto. Este procedimento foi realizado, no máximo, nas primeiras quarenta e oito horas após cada entrevista, para não se perder informação, conjugando os registos manuais efetuados durante a mesma, de forma a garantir uma maior exatidão dos dados transcritos. Estes documentos constituem o corpo da informação em análise e forneceram uma multiplicidade de dados, que tivemos necessidade de organizar, para simplificar o processo de análise. A transcrição foi realizada na íntegra, utilizando o recurso

a parênteses ( ( ) ) para descrição de atitudes e linguagem não verbal observadas pelo investigador e, também, reticências (...) para registar os momentos de pausa ou reflexão.

Numa primeira etapa, considerada a fase de pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante das transcrições das respostas dos enfermeiros, às perguntas da entrevista, o que permite ter uma ideia global do conteúdo.

Na segunda etapa, a fase exploratória, foi realizada uma leitura mais minuciosa, em profundidade e horizontal (no sentido de cada uma das perguntas), de modo a encontrar conteúdos comuns, que permitiram a identificação preliminar de categorias. Esta análise mais pormenorizada permite perceber o discurso de cada participante com mais rigor, integrando a forma como ele vivencia cada um dos assuntos, limitando a possibilidade de conclusões precipitadas. Posteriormente, procedemos à análise do conteúdo dos documentos acima referidos, com recurso ao programa de *software* Atlas.ti, como instrumento de apoio à codificação e categorização. Este programa de *software* qualitativo facilita o processo de codificação manual, agregando todos os excertos de texto (citações ou unidades de registo), através da atribuição de um código. Por sua vez, os códigos foram agregados por áreas temáticas - as categorias - designadas no programa por “grupos”, que facilitam o desenvolvimento da análise dos resultados deste estudo. Os documentos foram submetidos no programa e procedemos à codificação dos dados, através da criação de códigos, em representação do seu conteúdo. Ao longo da leitura mais pormenorizada dos documentos, foi realizada uma seleção das frases mais pertinentes, que foram agregadas em códigos, devidamente definidos, que codificavam o seu conteúdo. Esta etapa, de acordo com o modelo de análise de conteúdo de Bardin (1977) permite a análise e interpretação da informação colhida, através do recorte das transcrições, codificação e categorização da informação encontrada.

Na terceira etapa, procedemos à categorização que consiste na reunião das unidades de registo em códigos, com características comuns e semântica semelhante. Nesta fase de tratamento e interpretação, recorreremos à utilização de quadros e diagramas onde se encontram sistematizadas as evidências da análise, o que permite que “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (Bardin, 1977, p.101).

Nos próximos capítulos iremos proceder à apresentação, análise e discussão dos dados do estudo, de acordo com as categorias (grupos) delineadas, nutrindo-as com excertos das entrevistas (unidades de registo).



### CAPÍTULO III - DOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS SOBRE O PLANEAMENTO DE ALTA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS AO ESTADO DA ARTE

Na sequência da abordagem do enquadramento teórico e da metodologia, neste capítulo será realizada a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos neste estudo, com suporte da fundamentação teórica de diferentes autores e investigadores. A análise de dados baseia-se na organização sistemática de transcrições de entrevistas, com o objetivo de melhor compreender os dados recolhidos (Bogdan & Biklen, 2003).

No sentido de compreender esta temática em profundidade e construir uma narrativa interpretativa, serão abordados os conceitos de forma a tornar compreensível o conteúdo manifestado pelos participantes, com fundamento noutros estudos.

Como podemos ver, através da nuvem de análise fruto do *software* Atlas.ti, as palavras com mais ênfase no corpo de texto das entrevistas dos participantes neste estudo são: doente, enfermeiros, alta, cuidados, social, família e informação (figura 7).



Figura 7: A centralidade do trabalho de planeamento de alta - Nuvem de palavras

De seguida, iremos descrever os temas em análise, bem como as categorias e subcategorias, que facilitam a compreensão da conceção de cuidados de planeamento de alta e continuidade de cuidados, realizada pelos enfermeiros. Em cada categoria e subcategoria, será realizada a apresentação e discussão dos dados, e simultaneamente, a sua relação com o grau de formação dos enfermeiros e o tipo de serviço onde exercem funções (área cirúrgica ou médica). Em alguns subcapítulos serão apresentados tabelas, sob a forma de resumo das respetivas unidades de registo, de forma a facilitar a compreensão dos dados obtidos.

## 1. O Processo de planeamento de alta

O planeamento da alta deve assentar em cuidados individualizados para cada doente, de modo a garantir o alcance da sua máxima independência dentro dos limites das suas potencialidades de recuperação, numa gestão equilibrada das expectativas do doente e da família. O planeamento de alta consiste num conjunto de intervenções, que no seu todo, permitem uma transição segura e tranquila, do doente para a comunidade (Augusto & Carvalho, 2005; Lopes, 2017; Petronilho, 2007). Com o internamento hospitalar surge, frequentemente, aumento do grau de dependência do doente, condicionante da sua autonomia para as atividades da vida diária. A dependência pode surgir em qualquer fase do ciclo vital, mas exige soluções desafiantes para a continuidade de cuidados (Morais, 2010), que assegurem a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária (Padilha, 2006).

Este processo tem vindo a ser cada vez mais profissionalizado, permitindo colmatar algumas lacunas que comprometiam a segurança da continuidade de cuidados. “O planeamento da alta constitui mais do que a simples transferência do doente do hospital para qualquer outra instituição (...) ou para o domicílio (...), tem um cariz formativo através do estabelecimento de prioridades na continuidade de cuidados” (Costa, 2003, p.25). Existem vários fatores determinantes para o desenvolvimento do planeamento de alta, sendo que o modo como os enfermeiros o iniciam e desenvolvem, pode condicionar todo o processo (Jewell, 1993; Maramba et al., 2004; Martins & Fernandes, 2009; Murashima et al., 2000).

Assim, após a análise do conteúdo das entrevistas dos enfermeiros, foram estabelecidas as seguintes categorias, que contribuem para definir o processo de pensamento relativo ao planeamento de alta (tabela 4).

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Início do planeamento de alta</b>	Admissão
	Depois da Admissão
<b>Atividade diagnóstica para o planeamento de alta</b>	Doente: processo corporal
	Doente: processo cognitivo
	Família
	Comunidade
<b>Avaliação inicial</b>	Instrumentos de avaliação
	Contexto de realização
<b>Crítérios para o início do planeamento de alta</b>	Condições físicas
	Condições sociais

*Tabela 4: Processo de planeamento de alta*

Os subcapítulos que se seguem pretendem apresentar, analisar e discutir os dados relativos a cada uma destas temáticas.

## 1.1. Início do planeamento de alta

Nos achados teóricos sobre o planeamento de alta, é unânime que este deve ter início no momento da admissão do doente (Jewell, 1993; Maramba et al., 2004; Martins & Fernandes, 2009; Murashima et al., 2000). O início precoce e atempado do planeamento de alta terá impacto na gestão dos procedimentos inerentes à preparação da alta e na interação dos profissionais de saúde com o doente e a família. Pelo contrário, quando este processo se inicia tardiamente, poderá trazer repercussões negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2006).

No nosso estudo, esta categoria define-se como o momento em que se inicia o processo de planeamento de alta. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias (figura 8).

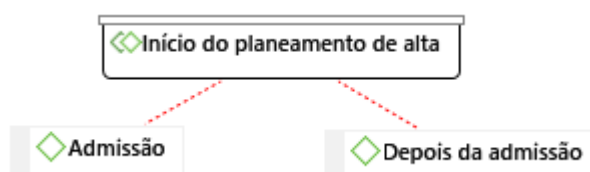


Figura 8: Início do planeamento de alta

A subcategoria “Admissão” agrega os relatos dos enfermeiros, que iniciam o planeamento de alta no momento de entrada do doente no internamento hospitalar. A subcategoria “Depois da Admissão” considera todos os relatos em que o planeamento de alta é iniciado após a admissão do doente ao internamento hospitalar.

A maioria dos enfermeiros refere que inicia o planeamento de alta no momento de admissão, tal como é preconizado pela literatura. Apenas sete dos enfermeiros que participaram no estudo iniciam a preparação da alta, depois da admissão. No entanto, entre os enfermeiros que apenas iniciam o processo de planeamento de alta depois da admissão, podemos perceber que existe uma dependência relacionada com a decisão médica (tabela 5).

Subcategoria	Unidade de registo
Depois da Admissão	“no dia da alta” (D4)
	“no momento em que o médico diz que o doente vai ter alta” (F6)
	“durante a visita médica ou 4 a 5 dias antes da alta” (J10)
	“aguardo para avaliar o doente após a cirurgia” (I9)
	“quando o médico indica que o doente irá ter alta, no próprio dia ou no dia seguinte” (K11)
	“só mais próximo do momento da alta” (L12)
	“quando é comunicado pelo médico que o doente tem alta (...) por vezes ao segundo dia pós-operatório” (P16)

Tabela 5: Início do planeamento de alta - depois da admissão

“A decisão da alta hospitalar ainda está muito centrada na tomada de decisão da equipa médica, sem uma partilha necessária com os outros profissionais de saúde, intervenientes diretos do processo de cuidados” (Petronilho, 2007, p.44).

Também foi possível perceber através da linguagem não-verbal e de alguns discursos (“*contrariamente ao que deveria ser feito*” (F6)), que têm conhecimento sobre a falta de segurança que este procedimento representa para a prestação de cuidados.

Não é possível inferir nenhuma associação entre o momento escolhido pelos enfermeiros para iniciar o planeamento de alta e a sua formação (relativamente à especialidade ou à formação contínua em planeamento de alta). No entanto, podemos afirmar, que esta prática está maioritariamente associada a enfermeiros que prestam cuidados em serviços de áreas cirúrgicas, uma vez que foi verbalizada por seis dos sete participantes que integram esta subcategoria. Estes enfermeiros protelam o início do planeamento de alta para a fase de pós-operatório. “O processo de planeamento de alta hospitalar reduz-se quase sempre, a um ritual burocrático de documentação da informação médica, acrescida de algumas informações verbais, momentâneas e pouco sistematizadas, ao cliente e família” (Cainé, 2004, p.26).

## 1.2. A atividade diagnóstica para o planeamento de alta

A conceção de cuidados inerentes ao planeamento de alta depende do modo como os enfermeiros desenvolvem o plano de cuidados dos seus doentes. O padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015b, p.3) considera “pertinente a identificação dos dados (critérios) necessários à decisão sobre o diagnóstico de enfermagem (atividade diagnóstica), de forma a facilitar a nomeação do diagnóstico de enfermagem”.

A atividade diagnóstica concretiza-se nas intervenções de avaliação que permitem identificar um diagnóstico de enfermagem, contribuindo para edificar os alicerces do processo de enfermagem. Este, por sua vez, possibilita a tomada de decisão clínica, a resolução de problemas, contribuindo para cuidados de qualidade individualizados. “A informação recolhida (...) é um instrumento facilitador da tomada de decisão com vista na continuidade de cuidados, permite ao enfermeiro planear, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades” (Santos, 2018, p.32).

Consideramos que a atividade diagnóstica é fundamental para a tomada de decisão para o planeamento de alta. De salguardar que cerca de metade dos enfermeiros, quando questionados sobre “*Quais as atividades diagnósticas que mais desenvolve para o*

*planeamento de alta?*”, manifestaram através da sua expressão facial, desconhecimento sobre o significado desta etapa do processo de enfermagem. No entanto, depois de explicada a definição, todos os participantes afirmam executar esta etapa na sua prática clínica.

No nosso estudo, esta categoria define-se como as intervenções de avaliação e monitorização que permitem a associação entre dados e a identificação de diagnósticos ou resultados de enfermagem, bem como a possibilidade de negação de hipóteses diagnósticas, relevantes para o planeamento de alta. Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias (figura 9).

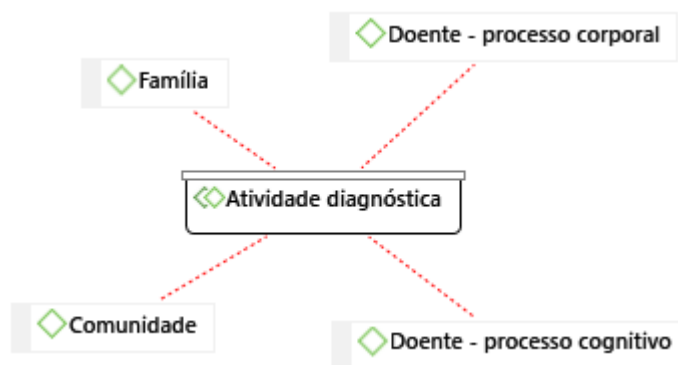


Figura 9: Atividade diagnóstica

A subcategoria “Doente - processo corporal” considera as intervenções de avaliação e monitorização direcionadas para as funções corporais. A subcategoria “Doente - processo cognitivo” agrega todas as intervenções de avaliação dirigidas ao processo intelectual que envolve aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória. Na subcategoria “Família” encontram-se todas as intervenções de avaliação, dirigidas ao conjunto de pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais. E, por último, na subcategoria “Comunidade” estão todas as intervenções de avaliação centradas nos seres humanos enquanto unidade social, ligados pela partilha de localização geográfica, de situações ou de interesses.

Após a análise dos discursos dos enfermeiros, podemos salientar que as subcategorias em que a atividade diagnóstica é desenvolvida de forma mais intensa são: “Doente - processos corporais” e “Família”. Estas são as duas principais áreas em que os enfermeiros desenvolvem as suas intervenções de avaliação e monitorização.

A subcategoria “Doente - processo corporal”, foi a que teve maior índice de respostas pelos participantes. Os enfermeiros demonstraram que valorizam bastante a avaliação dos processos físicos e corporais, como forma de desenvolver o planeamento de alta, tal como consta na tabela 6, onde estão resumidos os conteúdos desta subcategoria.

Subcategoria	Unidade de registo
Doente - processo corporal	"grau de dependência e autocuidados" (B2, C3, D4, H8, I9, M13, O15) "incapacidade do doente" (F6), "grau de autonomia atual" (R18)
	"estado de dependência prévio" (N14, O15) "antecedentes relevantes, grau de autonomia prévio" (R18)
	"patologia ou motivo de internamento" (C3), "diagnóstico que motivou o internamento" (T20)
	"ferida cirúrgica" (D4, G7, H8), "tecido cicatricial, dor" (D4)
	"necessidade de dispositivos, tipo de recursos necessários" (F6, H8) "conhecimento sobre manuseamento de equipamentos" (P16)
	"auto-administração de medicação como enoxaparina" (F6, G7) "medicação a fazer e efeitos secundários" (T20)
	"limpeza das vias aéreas" (H8)
	"avaliação motora" (I9), "avaliação física" (O15)
	"marcha" (O15)
	"deglutição" (J10)
	"eliminação urinária" (L12)
	"conhecimento e potencial para aprendizagem sobre prevenção de úlceras de pressão, medidas de prevenção de contaminação" (K11) "tipo de ensinamentos que o doente precisa" (A1, E5)

Tabela 6: Atividade diagnóstica - doente (processo corporal)

A maioria dos enfermeiros, independentemente do seu grau de formação ou área de exercício de cuidados (médica ou cirúrgica), incidem o seu foco de atenção no grau de dependência do doente e na avaliação dos autocuidados. O autocuidado "é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (...) é um fenómeno complexo e multidimensional" (Petronilho, 2012b, p.11). De acordo com Roper et al. (1995, p.33), "a capacidade física do corpo (...) influencia o grau de dependência possível do indivíduo, por isso é inevitável que os fatores influenciem a individualidade da pessoa e afetem a forma como cada pessoa desempenha as atividades de vida". Os participantes não fazem distinção entre o tipo de autocuidado, mas de uma forma geral, tendem a centrar-se na representatividade da incapacidade e da autonomia: "avalio o grau de dependência do doente, se é recuperável ou não" (I9).

Destaca-se uma preocupação mais evidente pelos especialistas em enfermagem de reabilitação, em "avaliar os antecedentes relevantes, grau de autonomia prévio e grau de autonomia atual" (R18). Também são os únicos participantes que referiram realizar a "avaliação da motora" (I9), "avaliar a marcha" (O15). Em relação aos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, salienta-se a tendência para um aspeto descuidado pelos restantes participantes, centrada na avaliação "do tipo de recursos necessários para garantir os cuidados" (F6).

Também é notória uma maior valorização das intervenções de avaliação, relacionadas com a intervenção cirúrgica a que são submetidos os doentes, por parte dos enfermeiros a exercer cuidados nos serviços da área cirúrgica. Disso são exemplo os seguintes comentários: “as necessidades previstas no período de convalescença, com base na cirurgia a que vai ser submetido, e no pós-operatório” (M13) ou “o conhecimento sobre a manipulação de dispositivos (drenos), cuidados de vigilância do penso da ferida cirúrgica” (G7) ou “ferida cirúrgica, tecido cicatricial (...) dor” (D4).

Dentro da categoria “Atividade diagnóstica”, a subcategoria “Doente - processo cognitivo” foi a que teve menor número de unidades de registo (tabela 7).

Subcategoria	Unidade de registo
Doente - processo cognitivo	“agravamento cognitivo” (B2), “nível cognitivo” (C3)
	“avaliação centrada no humor” (T20)
	“processo de pensamento, da percepção (B2, T20)
	presença de delírio, presença de bradipsiquismo, alucinações” (B2)
	crítica ou não para a realidade” (B2, T20)

Tabela 7: Atividade diagnóstica - doente (processo cognitivo)

Apenas três enfermeiros mencionaram intervenções enquadradas nesta categoria, na sua atividade diagnóstica para o planeamento de alta.

“A expressão ‘desenvolvimento cognitivo’ é frequentemente utilizada para referir o processo de adquirir aptidões intelectuais - raciocínio, pensamento e capacidade de solução de problemas - que são essenciais para a sobrevivência física e afetam todas as atividades de vida” (Roper et al., 1995, p.34). A dependência não pode ser vista apenas com base na componente física, tal como refere o Decreto-Lei n.º 101/2006, que define este conceito como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual” (Ministério da saúde, 2006, p.3857).

Este é um conceito basilar, que pode comprometer todo o plano de cuidados, uma vez que as alterações cognitivas relacionam-se com a capacidade do doente de assegurar todos os restantes cuidados sobre si próprio. No entanto, no nosso estudo, apenas três enfermeiros mencionaram realizar atividade diagnóstica neste âmbito, que eram unicamente enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica. Na sua atividade diagnóstica para o planeamento de alta, estes enfermeiros referiram: “avaliar as necessidades a nível cognitivo” (C3), “avaliar o agravamento cognitivo, declínio cognitivo” (B2) e “perceber a crítica para a doença” (T20). “As alterações na capacidade da pessoa para executar as atividades inerentes aos diferentes autocuidados podem estar relacionadas com limitações

resultantes do compromisso motor, sensorial ou cognitivo/percetual, ou da sua combinação” (Ribeiro et al., 2014, p.33).

Não podemos no entanto inferir qualquer relação com a tipologia do serviço, porque nesta subcategoria estavam presentes excertos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas, médica e cirúrgica.

A subcategoria “**Família**” foi alvo de muitas unidades de registo, com muitos relatos de enfermeiros a confirmar a sua atividade diagnóstica neste âmbito (tabela 8).

Subcategoria	Unidade de registo
Família	“apoio familiar” (A1, C3, P16, R18)
	“retaguarda familiar” (B2, F6, I9, J10, O15, Q17, R18)
	“identificar o cuidador” (C3, N14, O15, Q17)
	“suporte familiar comprometido” (B2, C3, K11, M13)
	“com quem vive” (B2, C3, I9, R18)
	“se tem visitas” (I9)
	“capacidade e conhecimento do prestador de cuidados sobre os autocuidados” (F6, L12, Q17, S19)
	“papel do prestador de cuidados” (H8, K11)
	“ensinos que a família precisa” (A1, C3)
	“relação familiar que existe” (A1, I9)
	“condições financeiras” (B2, F6)
	“condições no domicílio” (C3, E5, R18)
	“disponibilidade para dar continuidade aos cuidados de reabilitação” (I9)

Tabela 8: Atividade diagnóstica - família

Tal como referido pelos enfermeiros que participaram neste estudo, também a literatura refere que o internamento é uma situação geradora de *stress* para o doente e para a família. Ambos devem ser envolvidos nos cuidados, sem que os seus contributos sejam menosprezados. A família e/ou o cuidador são fontes de informação para desenvolver o plano de cuidados e planear o regresso a casa. “A família deve ser vista como parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar” (Rodrigues, 2013, p.47).

Neste estudo, os enfermeiros reportam-se, sobretudo, à atividade diagnóstica direcionada para o suporte familiar: “*avalio se tem apoio familiar*” (A1, C3, P16 e R18), “*identificar o suporte familiar comprometido*” (B2, C3, K11 e M13). “Todo o processo de orientação da família, em matéria de cuidados de saúde, compete ao profissional de enfermagem no sentido de definir objetivos claros, para cada situação de necessidade de prestação de cuidados” (Costa, 2003, p.22). Apenas dois enfermeiros especificam a necessidade de avaliar

as “condições financeiras” (B2, F6). Augusto e Carvalho (2005, p.103) referem que “cuidar de um doente no domicílio, não implica somente um esforço acrescido para o familiar cuidador, mas também um acréscimo nas suas despesas, muitas vezes inoportáveis”.

O estudo desenvolvido por Petronilho (2007) salienta o impacto do envolvimento da família na entrevista de preparação do regresso a casa, sobretudo nos conhecimentos e nas capacidades dos cuidadores. Quanto ao conhecimento e capacidade do prestador de cuidados, foram unicamente mencionados pelos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e saúde comunitária. Os únicos participantes que referiram avaliar, por parte da família, a “disponibilidade em dar continuidade aos cuidados de reabilitação” (I9) e “relação familiar que existe” (A1, I9) eram especialistas em enfermagem de reabilitação. Este é um importante pilar da atividade diagnóstica, no sentido em que desenvolver um planeamento de alta alheado da dinâmica de interação familiar pode comprometer o sucesso da alta. “As famílias com fracas fontes de suporte são mais vulneráveis à crise e consequentemente mais suscetíveis à rutura” (Augusto & Carvalho, 2005, p.42).

Sobre a importância da interação familiar para o planeamento de alta, também Martins (2002, p.258) refere que “na gestão das relações familiares (...) é importante que a preparação da alta e o programa reintegratório integrem, para além duma dimensão informativa, um trabalho de natureza relacional”.

Não podemos, no entanto, inferir qualquer relação com a tipologia do serviço, porque nesta subcategoria estavam presentes excertos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas, médica e cirúrgica.

Na subcategoria “Comunidade”, embora não sendo a que regista mais unidades de registo pelos enfermeiros que participaram neste estudo, existem relatos de enfermeiros de todas as áreas de formação, incluindo aqueles que não têm especialidade (tabela 9).

Subcategoria	Unidade de registo
Comunidade	“se tem apoio domiciliário” (A1, B2)
	“se vai ser necessário apoio de enfermagem no domicílio” (H8)
	“atividade laboral” (B2)
	“suporte social adequado” (E5, F6, I9, J10, K11)
	“disponibilidade de apoios comunitários” (F6)
	“carências sócio-económicas” (C3, R18)
	“necessidade de encaminhar para uma instituição” (H8)
	“condições habitacionais” (I9, R18)
“se reside em alguma instituição” (K11)	

Tabela 9: Atividade diagnóstica - comunidade

A comunidade em que o doente se insere condiciona as suas vivências e a sua forma de adaptação às transições, que lhe são exigidas ao longo do ciclo vital. “A preparação da alta é um processo dinâmico (...) através da recolha de informação de carácter sócio/económico e funcional, englobando diferentes técnicos de saúde, de diferentes níveis de cuidados” (Padilha, 2006, p.32).

Cerca de metade dos enfermeiros que participaram neste estudo referiu realizar intervenções de atividade diagnóstica no âmbito da comunidade, sendo a unidade de registo “*avaliar o suporte social adequado*” referida por cinco desses enfermeiros.

Não podemos fazer qualquer inferência sobre uma maior tendência dos enfermeiros de uma determinada área de formação, em destaque nesta subcategoria. No entanto, podemos referir que as intervenções relacionadas com as condições habitacionais são referidas unicamente pelos especialistas de enfermagem de reabilitação: “*avaliar as condições habitacionais*” (I9, R18). Segundo Hoeman (2000), qualquer elemento da equipa de reabilitação deve ser capaz de identificar fatores que afetam o regresso à comunidade, conduzir uma avaliação completa, participar no estabelecimento de objetivos mútuos. Da mesma forma, a única referência realizada avaliação do estado atual da “*atividade laboral*” (B2) do doente, foi realizada por uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Os resultados não permitem fazer qualquer relação com a tipologia do serviço, porque nesta subcategoria estavam presentes excertos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas, médica e cirúrgica.

Na generalidade desta categoria, relativamente ao nível de formação, é notória uma menor intervenção por parte dos enfermeiros que não têm qualquer especialidade em enfermagem. Apesar de se registarem algumas unidades de registo com proveniência destes enfermeiros, é sobretudo na categoria “Doente - processo corporal”, sendo a sua intervenção muito menos frequente comparativamente aos enfermeiros com especialidade.

### 1.3. Avaliação inicial

A avaliação inicial é uma das etapas do processo de enfermagem e contribui para a construção do plano individualizado de cuidados. O processo de enfermagem “carateriza-se por integrar cinco etapas concretas que proporcionam um método de organização do pensamento e em enfermagem, designadamente: avaliação inicial, diagnóstico de

enfermagem, planeamento, implementação e concretização das intervenções de enfermagem e avaliação final / continuidade de cuidados” (Silva, 2013, p.20). Do processo de preparação da alta hospitalar constam as etapas de avaliação multidisciplinar, planeamento e avaliação que se inicia com a admissão no hospital (Jewell, 1993).

No nosso estudo, a categoria “Avaliação Inicial” define os momentos e meios de recolha de informação sobre o doente, incluindo dados físicos e psicossociais, a partir de fontes como a entrevista, a observação, a avaliação física, a consulta dos registos médicos, a história de enfermagem e o diálogo com pessoas significativas da vida do doente.

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias (figura 10).



*Figura 10: Avaliação inicial*

Quando têm de atender a aspetos relevantes que condicionem a sua colheita de dados de Avaliação inicial, os enfermeiros salientaram sobretudo aspetos relacionados com o local e as condições onde é realizada e os instrumentos de colheita de dados que utilizam para esse fim. A atividade diagnóstica desenvolvida pelos enfermeiros deve ser integrada na avaliação inicial, podendo ser facilitada por instrumentos de colheita de dados.

A avaliação inicial permite aos enfermeiros recolher e identificar “os elementos referentes a cuidados de enfermagem que possam interferir na alta” (Santos, 2018, p.31). A subcategoria “Instrumentos de avaliação” reporta-se aos meios que permitem a colheita de dados na avaliação inicial. Por sua vez, a subcategoria “Contexto de realização” consiste no momento e local (condições físicas) em que é realizada a avaliação inicial.

Após a análise de dados recolhidos nas entrevistas, podemos referir que estas duas subcategorias foram pouco exploradas pelos enfermeiros ao longo do seu discurso. Mesmo perante alguma insistência pelo investigador sobre esta temática, os participantes tendem a omitir informação específica, pelo que o número de unidades de registo na generalidade desta categoria, não foi muito elevado.

A tabela 10 apresenta um resumo dos comentários dos enfermeiros, acerca da subcategoria “Instrumentos de avaliação”.

Subcategoria	Unidade de registo
Instrumentos de avaliação	"entrevista à família" (B2, E5)
	"através do contacto com os familiares" (O15, Q17)
	"obter algumas informações pelos colegas" (I9)
	"informação obtida na passagem de turno" (O15)
	"avaliação do processo clínico do doente" (I9, O15, Q17)
	"recolho informações através do sistema informático" (K11)
	"dados na nota de entrada no serviço de urgência" (Q17, R18)

Tabela 10: Avaliação inicial - instrumentos de avaliação

Apenas sete enfermeiros contextualizaram os meios que utilizavam para obter dados para a avaliação inicial. Na análise da tabela 10, verificamos que os enfermeiros recorrem maioritariamente à entrevista, à coleta de informação do processo clínico e à informação transmitida nas passagens de turno. Pelas palavras de alguns destes enfermeiros, os meios que utilizam para a colheita de dados da avaliação inicial é realizada através "da entrevista à família" (B2 e E5), "do processo clínico (com base nas notas médicas e de entrada no serviço de urgência), através do contacto com os familiares durante o horário das visitas e pelo telefone" (Q17). Os autores Augusto e Carvalho (2005) salientam a importância da conversa com a família, logo que possível, de preferência nas 48 horas seguintes à admissão. "A informação vai ser obtida pela observação, entrevista, exame, medida e teste, conforme adequado (...). A principal fonte de informação sobre o doente é o doente. No entanto, fontes secundárias, como registos de saúde e membros de família são importantes" (Roper, et al., 1995, p.64).

É de evidenciar que nenhum especialista em enfermagem médico-cirúrgica referiu qualquer método de colheita de dados para a avaliação inicial. Os especialistas em enfermagem de reabilitação e saúde comunitária foram os mais interventivos, tendo-se registado várias unidades de registo nesta subcategoria, com um conteúdo muito semelhante.

Não nos é permitido fazer qualquer relação com a tipologia do serviço, porque nesta subcategoria estavam presentes excertos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas, médica e cirúrgica.

Também o contexto em que é realizada a avaliação inicial pode condicionar a colheita de dados. "Dada a conjuntura da organização no hospital, o doente é admitido por um profissional de saúde, cabendo, em particular aos enfermeiros, o papel de admissão no serviço, sendo eles, responsáveis pela primeira impressão causada no doente e seus familiares" (Santos, 2018, p.31). Na tabela 11 podemos verificar um resumo das unidades de registo identificadas na subcategoria "Contexto de realização".

Subcategoria	Unidade de registo
Contexto de realização	<i>"no horário de visitas"</i> (B2, O15, S19)
	<i>"na presença do acompanhante do doente"</i> (M13)
	<i>"através de contacto telefónico"</i> (B2, D4, M13, Q17, S19)
	<i>"na unidade do doente"</i> (C3, G7, K11)
	<i>"não existe nenhum espaço específico para realizar a entrevista ao doente"</i> (O15)
	<i>"numa sala, na sala de tratamentos"</i> (E5, J10, P16)
	<i>"num gabinete com privacidade"</i> (M13, T20)

Tabela 11: Avaliação inicial - contexto de realização

Quanto ao espaço e condições de realização da colheita de dados de avaliação inicial, as unidades de registo revelam que é sobretudo realizada presencialmente ou através de contacto telefónico. Alguns enfermeiros procuram oportunamente *"o horário de visitas"* (B2, O15, S19), para usufruir dos contributos dados pela família e/ou cuidador. Alguns enfermeiros referem que *"a entrevista é realizada numa sala, normalmente a sala de tratamentos"* (E5), *"no momento de colheita de dados, na presença do acompanhante do doente"* (M13) ou quando tal não é possível, *"essa informação é recolhida na unidade do doente"* (G7).

Apesar de, na generalidade, todos verbalizarem ter consciência da importância da privacidade neste momento da colheita de dados, referem frequentemente que *"não havendo condições já o realizei em contexto de enfermaria, mas não é assim que gosto de trabalhar"* (M13). O estudo de Pompeo et al. (2007) aponta para a necessidade de, na admissão, eleger um espaço privilegiado para investigar as necessidades e encorajar a expressão de sentimentos do doente, para que participe no planeamento de cuidados. Na generalidade, o contexto da *"unidade do doente"* é utilizado como primeira opção pelos enfermeiros sem especialidade. Todos os restantes enfermeiros especialistas que responderam a esta questão enquadraram-se nas respostas anteriormente mencionadas.

A relação com o tipo do serviço não é possível, porque nesta subcategoria estavam presentes excertos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas, médica e cirúrgica.

#### 1.4. Critérios para o início do planeamento de alta

A decisão de iniciar o planeamento de alta centra-se na colheita de dados, mas não existe nenhuma parametrização que dê indicações precisas aos enfermeiros, sobre quais são os doentes com critérios para o planeamento de alta. Os critérios para iniciar o planeamento

de alta podem variar de acordo com os profissionais envolvidos, a sua sensibilidade para esta temática e a sua experiência profissional. “As decisões inadequadas relativamente ao processo de preparação da alta hospitalar e da continuidade de cuidados no seio das famílias tem impacto negativo na transição do indivíduo” (Petronilho et al., 2014, p.36). No nosso estudo, a categoria “ Critérios para o início do planeamento de alta” define-se como as condições reunidas por um doente, no início ou durante o internamento, que justificam a necessidade de planeamento de alta.

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias (figura 11).

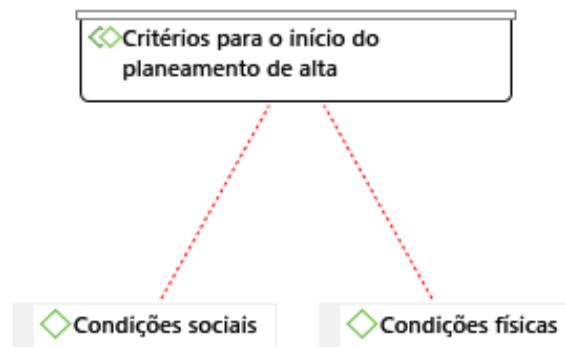


Figura 11: Critérios para o início do planeamento de alta

Sobre esta categoria, os enfermeiros mostraram-se bastante interventivos, verificando-se um contributo de conteúdos bastante elevado em ambas as subcategorias. Quando questionados sobre “*Que critério usa para identificar a necessidade de planeamento da alta?*”, os enfermeiros que participaram neste estudo reportaram essencialmente dados de carácter social e físico.

A subcategoria “Condições sociais” define todos os critérios de início de planeamento de alta, identificados pelos enfermeiros na sua prática clínica, centrados em aspetos inerentes à realidade social e comunitária em que o doente se insere. A subcategoria “Condições físicas” define os critérios de início de planeamento de alta, mencionados pelos enfermeiros, centrados em aspetos inerentes à condição física.

A situação de doença e o internamento hospitalar podem condicionar o regresso do doente ao contexto social em que se inseria anteriormente. A avaliação das **condições sociais** e da comunidade podem indicar necessidades de reajuste e adaptação, para que a alta se concretize. “Os fatores sociais, culturais, espirituais, religiosos e éticos são apresentados indicando como este conhecimento ajuda a enfermeira a compreender, examinar, planear, implementar intervenções de enfermagem e avaliar os efeitos” (Roper et al., 1995, p.56). Considerando o elevado número de unidades de registo identificadas nesta subcategoria, sugerimos a análise da tabela 12, como estratégia facilitadora.

Subcategoria	Unidade de registo
Condições sociais	"um doente que vive sozinho, que não tem apoio familiar" (A1, C3, D4, J10, M13, R18)
	"doente sem retaguarda" (B2, L12, R18, S19)
	"doente dependente que vem transferido da urgência sem presença de familiares" (D4)
	"o nível de envolvimento da família, quando não tem visitas" (I9)
	"após 4 a 5 dias sem visitas" (B2)
	"doente internado que não traz roupa de casa, não tem visitas durante muito tempo" (D4)
	"os casos sociais"(B2)
	"quando a família se recusa a levar o doente para casa" (L12, R18)
	"quando a família já não dá resposta para assegurar os cuidados" (N14)
	"casos de abandono e negligência por parte dos filhos, sobretudo por interesses financeiros" (B2)
	"disponibilidade da família" (E5)
	"casos de doentes que viviam com apoio de vizinhos (J10), mas devido ao internamento, acabam por se tornar dependentes" (K11)
	"a falta de conhecimento do prestador de cuidados" (Q17, R18)
	"quando a família solicita e faz pressão" (B2)
	"as condições da habitação" (C3, E5, R18)
"a capacidade económica da família para dar continuidade ao tratamento" (L12)	
"o nível económico" (C3, R18)	
"contexto familiar, necessidade de apoio/ajudas técnicas, contexto social e da comunidade" (F6)	
"a necessidade de apoio domiciliário" (C3)	
"recursos familiares" (E5)	

Tabela 12: Critérios para o início do planeamento de alta - condições sociais

A maioria dos enfermeiros refere que na sua prática, atendendo aos aspetos sociais, os principais critérios que utilizam para iniciar o planeamento de alta estão centrados na estrutura do agregado familiar, no isolamento social e na ausência de retaguarda familiar. Disto são exemplos: "um doente que vive sozinho, que não tem apoio/feedback familiar, prevê-se à partida que vai precisar de apoio" (A1) ou "casos de abandono, negligência e violência por parte dos filhos, sobretudo por interesses financeiros" (B2). Foram também citadas condições relacionadas com a falta de conhecimento do prestador de cuidados e as condições da habitação. No seu estudo, Petronilho et al. (2014, p.38) salientam alguns critérios para o planeamento de alta, entre os quais, aspetos centrados na família (disponibilidade e capacidade dos familiares para tomar conta do membro doente em casa, stress do familiar, processos familiares, recursos económicos, vontade da família e condições habitacionais) e na comunidade (serviços de cuidados ao domicílio disponíveis e suporte da rede social).

Por sua vez, as questões relacionadas com as más condições económicas, a falta de ajudas técnicas e a necessidade de apoio domiciliário foram alvo de maior enfoque, por parte dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária. "Porque vive sozinho, ou porque tem apoio dos vizinhos, ou devido à idade do cônjuge" (J10) é um exemplo de critério, desta

subcategoria, alegado por enfermeiros unicamente sem especialidade. “O momento da admissão assume-se como o ponto de partida para o regresso a casa, sendo fundamental colher informação suficiente sobre a condição social, para confrontar com as necessidades de cuidados perante a dependência no autocuidado” (Santos, 2018, p.32).

Não nos foi possível fazer qualquer relação com o tipo de serviço, porque nesta subcategoria encontram-se testemunhos de enfermeiros a exercer cuidados em ambas as áreas.

O grau de dependência do doente é um aspeto com grande impacto na realização das suas atividades da vida diária, e por conseguinte, no regresso à sua rotina de vida. “Partindo do pressuposto que o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa (...) a dependência no autocuidado, de instalação gradual ou súbita, merece particular atenção dos enfermeiros” (Ribeiro et al., 2014, pp.26-27). Na subcategoria “**Condições físicas**”, os enfermeiros foram também bastante interventivos, mencionando vários critérios de natureza física, para o início o planeamento de alta. Foram inseridas nesta categoria unidades de registo que mencionam aspetos cognitivos, porque, de acordo com o discurso dos enfermeiros, consideramos que condicionam as aptidões físicas dos doentes (tabela 13).

Subcategoria	Unidade de registo
Condições físicas	“o grau de dependência nos autocuidados” (B2, C3, D4, E5, F6, G7, H8, I9, L12, M13, N14, O15, P16, Q17, R18, S19)
	“doentes que eram previamente autónomos e devido ao motivo de internamento, se tornaram dependentes nos autocuidados” (K11)
	“agravamento ou evolução desfavorável (H8, R18), que evidencie a incapacidade do doente retomar o grau de dependência que tinha anteriormente (física e mental)” (B2)
	“doentes jovens com surtos psicóticos iniciais” (B2)
	“doentes com demência, doença bipolar, ideação suicida ou surto psicótico” (T20)
	“a deterioração cognitiva (nos casos de debilidade ou demência), o processo de pensamento, presença de delírio, presença de bradipsiquismo, presença de alucinações, presença de crítica para a realidade (no caso dos doentes depressivos)” (B2)
	“estado confusional, capacidade cognitiva” (E5, F6)
	“alteração do estado de consciência” (G7, H8, I9, M13), “dependência cognitiva” (H8, T20)
	“incontinência” (B2)
	“dependência na marcha” (B2, O15, R18), “alteração da funcionalidade motora” (E5)
	“alteração da mobilidade e equilíbrio” (I9, R18)
	“deglutição alterada por necessidade de adaptação da dieta” (O15), “alterações na deglutição” (R18)
	“doentes que ficam traqueostomizados, com PEG e alterações respiratórias” (J10)
	“doentes com novos dispositivos (R18) que vão ter de utilizar em casa, quando não sabem como funciona” (L12)
	“contacto com novo dispositivo ou medicação, uma patologia inaugural” (S19)
	“doentes que necessitam de sonda nasogástrica (O15) sobretudo quando é um episódio inaugural” (R18)
“conhecimento sobre inaloterapia e dispositivos ventilatórios” (O15)	
“doentes ostomizados (...) com novos dispositivos que o doente vai ter de manipular” (P16)	
“o tipo de lesão a que vai ser intervencionado cirurgicamente” (M13), “a intervenção cirúrgica a que vai ser sujeito” (I9)	
“doentes com feridas cirúrgicas” (P16), “doentes submetidos a plastias de úlceras de pressão” (M13)	
“hábitos de risco” (R18)	

Tabela 13: Critérios para o início do planeamento de alta - condições físicas

Na opinião dos enfermeiros que participaram neste estudo, atendendo aos aspetos físicos, é praticamente unânime que o grau de dependência no autocuidado é um dos principais critérios para iniciar o planeamento de alta. No entanto, também foram mencionados, embora com menor frequência, aspetos relacionados com o agravamento da dependência ao longo do internamento, a alteração do estado de consciência, o processo de pensamento, a função motora, o equilíbrio, a incontinência, a deglutição, a adaptação a novos dispositivos, a intervenção cirúrgica e os hábitos de risco. Petronilho et al. (2014) salientam como critérios relevantes para o planeamento de alta, aspetos centrados no doente dependente, nomeadamente o potencial de recuperação de autonomia, dependência inaugural, intensidade da dependência no autocuidado, complexidade do regime terapêutico e elevado risco de complicações. “O conhecimento do nível de dependência das pessoas, em relação a cada atividade de autocuidado, para além de permitir aos enfermeiros identificar as necessidades específicas, também possibilita um planeamento mais adequado de cuidados” (Ribeiro et al., 2014, p.33).

A “tempestade rítmica” de contributos mencionados pelos enfermeiros nesta subcategoria, não permite uma relação vincada com o seu grau de formação. Podemos apenas salientar, que unicamente os especialistas em enfermagem de reabilitação mencionaram critérios relacionados com o equilíbrio e a deglutição.

Os enfermeiros a prestar cuidados em serviços de áreas cirúrgicas foram os únicos, que sinalizaram critérios relacionados com “*a intervenção cirúrgica a que vai ser sujeito*” (I9) e “*doentes com feridas cirúrgicas*” (P16), independentemente do seu grau de formação académica.

## 2. A continuidade de cuidados

Para que a continuidade de cuidados seja uma realidade, tem de existir uma articulação efetiva entre os profissionais de saúde, dentro e fora do hospital. “A integração e continuidade de cuidados constitui uma resposta aos desafios que os sistemas de saúde se deparam para reduzir a fragmentação na prestação de cuidados de saúde, centrando-os no cliente” (Santos, 2018, p.19). Esta articulação deve incluir o doente e a família, respeitando as suas vontades e necessidades. Esta sequencialidade com que a informação flui entre os serviços de saúde permite minimizar o risco de readmissões hospitalares e prevenir complicações (Augusto & Carvalho, 2005). “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” (Mendes et al., 2016, p.842).

Assim, após a análise do conteúdo das entrevistas dos enfermeiros, foram estabelecidas as seguintes categorias, que contribuem para definir a intervenção dos enfermeiros face à continuidade de cuidados: modelos utilizados para a continuidade de cuidados, vantagens dos modelos de referência, desvantagens dos modelos de referência, recursos de referência e *feedback* do planeamento de alta (tabela 14).

Categoria	Subcategoria
Modelos utilizados para a continuidade de cuidados	Centrados em instrumentos
	Centrados na filosofia da continuidade de cuidados
Vantagens dos modelos de referência	Institucionais
	Instrumentos em uso
	Garantir a continuidade de cuidados
Desvantagens dos modelos de referência	Tempo dedicado à continuidade de cuidados
	Tempo de espera
	Interdependência da equipa
	Natureza dos instrumentos
	Natureza da informação
Recursos de referência	Assistente social
	Enfermeiros
	Outros profissionais
	Meios de referência
Feedback do planeamento de cuidados	

Tabela 14: Continuidade de cuidados

Os subcapítulos que se seguem pretendem apresentar, analisar e discutir os dados relativos a cada uma destas temáticas.

### 2.1. Modelos utilizados para a continuidade de cuidados

A articulação de informação entre os profissionais de saúde é realizada frequentemente com recurso a modelos ou formulários, que facilitam o processo de referência. “A interdisciplinaridade tem como característica incorporar os conhecimentos das múltiplas especialidades, instrumentos, métodos de assistência e articular os saberes que estão voltados para satisfação das necessidades do paciente no domicílio” (Pompeo et al., 2007, p.346). Sobre a comunicação em saúde, Justo (2019, p.26) refere que “a eficácia da comunicação é fundamental no processo de transmissão de informação. No entanto a informação, transmitida na maioria das vezes é informal, desorganizada, variável e com presença de diversas barreiras que impossibilitam uma comunicação eficaz”.

No nosso estudo, a categoria “Modelos utilizados para a continuidade de cuidados” refere-se aos formulários ou questionários que permitem a partilha de informação sobre o doente, com vista à continuidade de cuidados.

Após a análise do conteúdo fornecido pelos enfermeiros que participaram neste estudo, esta categoria foi dividida em duas subcategorias (figura 12).

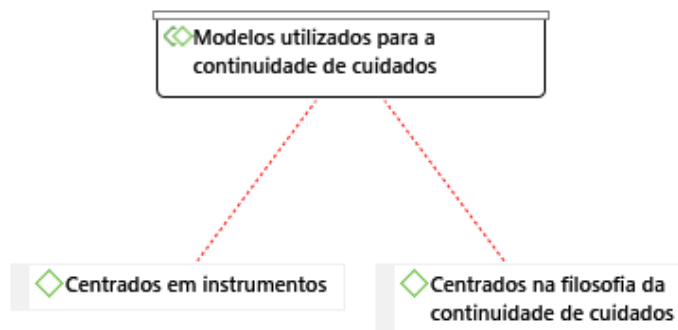


Figura 12: Modelos utilizados para a continuidade de cuidados

Existem vários modelos disponíveis no SNS que permitem a continuidade de cuidados. No hospital onde decorreu este estudo, existem diferentes modelos orientados para a continuidade de cuidados, que iremos distinguir em duas subcategorias, atendendo ao modo como os enfermeiros encaram a sua utilização.

A subcategoria “Centrados em instrumentos” refere-se aos modelos citados pelos enfermeiros, com base no destino (profissionais de saúde) de encaminhamento da informação. Quanto à subcategoria “Centrados na filosofia da continuidade de cuidados”, esta refere-se aos modelos citados pelos enfermeiros, com base na finalidade de encaminhamento após a alta.

A afluência de respostas foi mais significativa na subcategoria “Centrados em instrumentos”, onde surgiu um volume de respostas maior.

Na subcategoria “**Centrados em instrumentos**”, os enfermeiros identificaram sobretudo três tipos de instrumentos: o formulário para a assistente social, o formulário da EGA e a carta de alta. Como exemplo podemos citar a resposta maioritariamente encontrada: “os modelos que utilizo são o formulário para a assistente social, o da EGA e a carta de alta” (G7). Quanto ao grau de formação, apenas podemos constatar que foram sobretudo os enfermeiros de cuidados gerais, sem especialidade, que evocaram com maior expressão a carta de alta.

Os achados da literatura não restringem a análise de modelos de referenciação, havendo estudos pontuais que se reportam a um ou outro modelo de referenciação para a

continuidade de cuidados. Quanto ao serviço social, a sua intervenção “desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento de alta” (Direção-Geral da Saúde, 2006, p.9). A identificação dos doentes que necessitam de cuidados continuados pode ser feita através da comunicação interinstitucional entre os enfermeiros do internamento e a EGA. A comunicação entre a EGA e a Equipa Coordenadora Local da RNCCI é feita “mediante uma proposta (...) de ingresso na RNCCI (...) independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário” (Fernandes, 2013, pp.17-18). De acordo com Martins et al. (2018), o formulário específico para solicitar a referenciação para a RNCCI, é o mais utilizado pelos enfermeiros do internamento para informar a EGA. Por sua vez, a carta de alta é vista como o único meio formal de articulação entre o hospital e os centros de saúde (Martins, 2003).

Quanto à relação entre os dados desta subcategoria e o tipo de serviço onde esses enfermeiros exercem funções, não é possível fazer qualquer análise de relação.

Na subcategoria “**Centrados na filosofia da continuidade de cuidados**”, com menor densidade de unidades de registo, os enfermeiros referenciam um único modelo, reportando-se ao modelo para a RNCCI: “*existe o modelo para referenciar os doentes a continuidade de cuidados*” (N14).

Foram essencialmente os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e os enfermeiros sem especialidade que enunciaram citações similares à anteriormente citada. No entanto, não nos é permitido inferir qualquer associação com o tipo de serviço onde exercem cuidados. De referir, que a maior parte dos enfermeiros tinham conhecimento sobre a existência do formulário para a assistente social e para a EGA, no entanto, tal como referem “*tenho conhecimento mas raramente utilizo (...) quem faz o preenchimento é a enfermeira de reabilitação do serviço*” (H8) ou “*já vi algumas vezes a enfermeira de reabilitação a preencher, mas pessoalmente nunca o fiz*” (L12). “Um modelo uniforme para a referenciação nos cuidados continuados integrados é um requisito estruturante para uma rede nacional de resposta de cuidados adequados e de proximidade, a qual pressupõe a homogeneidade de procedimentos como fator facilitador do acesso aos serviços” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.3).

As duas categorias que se seguem (Vantagens e Desvantagens dos modelos de referenciação) foram alvo da resposta de apenas uma pequena parte dos participantes, porque alegam não ter “*conhecimento sobre a utilização desses modelos*” (S19). Não foram encontradas evidências na literatura sobre quais os enfermeiros que, dentro da equipa, devem ser responsáveis pelo preenchimento destes modelos para a continuidade de cuidados.

## 2.2. Vantagens dos modelos de referênciação

Os modelos quer permitem a sinalização de profissionais, dentro e fora do hospital, existem com a intenção de formalizar e parametrizar a troca de informação entre os profissionais de saúde. Mas como em todos os modelos pré-formatados, existem vantagens e desvantagens, sobretudo para quem os utiliza como ferramenta de trabalho. Os modelos de referênciação são acima de tudo uma garantia da documentação da informação que é transmitida entre os elos da continuidade de cuidados. “A informação personalizada acerca das necessidades do doente e cuidador, objetivada na carta de transferência de enfermagem, constitui uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade de cuidados em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários” (Petronilho, 2007, p.76).

A categoria “Vantagens dos modelos de referênciação” vem no seguimento da categoria anterior, e define as condições positivas que os modelos de referênciação apresentam para o planeamento de alta. Devido à fraca afluência de respostas pela maioria dos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de saúde mental e psiquiátrica e, saúde comunitária, atendendo ao facto de, por rotina não utilizarem estes modelos, não é possível estabelecer qualquer inferência através desta categoria com o seu grau de formação ou tipo de serviço onde exercem funções.

Após a análise do conteúdo fornecido pelos enfermeiros que participaram neste estudo, esta categoria foi dividida em duas subcategorias (figura 13).



Figura 13: Vantagens dos modelos de referênciação

A subcategoria “Institucionais” define todas as condições positivas para as instituições envolvidas no processo de referênciação. Quanto à subcategoria “Instrumentos em uso” esta define as condições positivas que o modelo enquanto instrumento representa, na ótica do utilizador. A subcategoria “Garantir a continuidade de cuidados” agrega todas as unidades de registo que reportam condições positivas dos modelos de referênciação, centradas no seu contributo para a continuidade de cuidados.

A subcategoria “Institucionais” foi a que reuniu maior número de registos, pelo que podemos considerar que os enfermeiros valorizam bastante a vantagem que os modelos representam na transmissão de informação entre as instituições. Para uma análise mais detalhada do conteúdo sobre esta subcategoria, sugerimos a análise da tabela 15.

Subcategoria	Unidade de registo
Institucionais	“só existe para a instituição que vai receber o doente, para avaliar o estado geral do doente” (B2)
	“permitir a quem recebe o doente, ter acesso a informação relevante sobre o doente” (N14)
	“permite passar a informação para ser avaliada, para quem recebe o doente talvez tenha alguma utilidade” (I9)
	“dar informação acerca do utente, para quem vai gerir para onde ele vai ser encaminhado, permite uma melhor triagem” (C3)
	“permitir que a unidade seja atribuída” (F6)
	“permitir que a Assistente Social seja enquadrada neste planeamento de alta” (F6)
	“articulação mais facilitada e imediata, onde são fornecidos os dados diretos do doente e do prestador de cuidados” (G7)
	“no caso da Assistente social, funciona em substituição da chamada telefónica” (J10) “contacto imediato com a Assistente social” (N14) “para formalizar o contacto com a Assistente social” (O15) “apenas a forma de solicitar a intervenção da Assistente social” (M13)

Tabela 15: Vantagens dos modelos de referência - institucionais

Os enfermeiros que participaram neste estudo referem sobretudo vantagens para a instituição que recebe o doente, no sentido de garantir a transmissão da informação, permitir gerir o encaminhamento mais adequado e a facilidade de articulação com a assistente social.

A articulação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde representa uma mais-valia, pois tal como refere Ferreira e Santo (2018, p.43), “a intervenção atempada, organizada e eficaz do assistente social é determinante para a efetivação da alta hospitalar, contudo, existem um conjunto de causas internas e externas que poderão impedir ou dificultar a alta”. “As solicitações ao serviço social e a articulação deste, a nível hospitalar, com o serviço social da comunidade (...) tem repercussões positivas na continuidade dos cuidados de saúde” (Costa, 2003, p.111). Sobre a comunicação entre instituições, Figueiroa-Rêgo (2003, p.40) refere que além da sua funcionalidade legal, os registos de enfermagem têm a finalidade de “promover a continuidade de cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços”. Quanto à carta de alta, “é um excelente instrumento de comunicação, pois dá informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestação de cuidados de enfermagem” (Costa, 2003, p.25).

A subcategoria “Instrumentos em uso” é a menor referenciada pelos enfermeiros, como vantagem dos modelos para a continuidade de cuidados. Na tabela 16 constam as escassas citações identificadas, que se relacionam com esta subcategoria.

Subcategoria	Unidade de registo
Instrumentos em uso	“O formulário da Assistente social é muito básico” (D4, I9)
	“ O formulário da Assistente social é muito fácil de preencher (...) muito simples” (M13, N14, P16, Q17)
	“o mais relevante são as notas livres” (F6)
	“a carta de alta é relevante desde que o plano de cuidados esteja atualizado” (I9)

Tabela 16: Vantagens dos modelos de referência - instrumentos em uso

Os enfermeiros salientam maioritariamente a facilidade de preenchimento do formulário para o serviço social: “o formulário da assistente social é muito fácil de preencher (...) muito simples” (M13, N14, P16 e Q17). Justo (2019, p.29) considera que a articulação entre profissionais através dos sistemas de informação “leva a uma maior eficiência no funcionamento do sistema e contribui para um aumento do conhecimento dos profissionais envolvidos, devido à partilha de informação”. Por sua vez, no seu estudo, Ferreira e Santo (2018, p.44) apesar de referir a importância do uso de instrumentos, sobretudo recorrendo aos sistemas de informação, existem alguns constrangimentos nomeadamente relacionados com “a escassez dos recursos institucionais e com a incapacidade de resposta das instituições sociais e de saúde em tempo útil aos pedidos efetuados pelo serviço social”.

A subcategoria “Garantir a continuidade de cuidados” contém algumas unidades de registo que se encontram resumidas na tabela 17.

Subcategoria	Unidade de registo
Garantir a continuidade de cuidados	“direcionar o doente para a continuidade de cuidados” (A1)
	“permitir que haja continuidade de cuidados” (F6)
	“o doente poder ter um encaminhamento mais adequado” (L12)
	“o resultado do trabalho executado pela Assistente social fica registado no sistema, sendo possível consultar a qualquer momento, mesmo os episódios relativos à intervenção em internamentos anteriores” (O15)
	“permite ao profissional que receber o doente ter acesso a informação relevante para a continuidade de cuidados (como o grau de dependência), quando não nos é possível passar pessoalmente informação do doente” (S19)
	“continuidade de cuidados e mesmo para a transmissão da informação para a comunidade, para conseguirem perceber o que motivou o internamento, como esteve o doente no internamento e o que se espera que possa ser feito pelos enfermeiros da comunidade àquele doente e à família” (T20)
	“carta de enfermagem permite um fio condutor com os enfermeiros da comunidade” (T20)

Tabela 17: Vantagens dos modelos de referência - garantir a continuidade de cuidados

Nesta subcategoria, os enfermeiros salientaram sobretudo como vantagem, a possibilidade destes modelos de referenciação permitirem direcionar a continuidade de cuidados e a possibilidade de acesso a registos de encaminhamentos prévios, em internamentos anteriores. Esta última vantagem mencionada pelos enfermeiros salienta a importância de perceber a existência de uma relação entre o internamento anterior e o atual, e detetar possíveis lacunas no encaminhamento. De acordo com a Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (2017, p.1), “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” - (identificação, situação, antecedentes, avaliação e recomendações). Martins et al. (2018) alerta para a importância de existir um coordenador do planeamento de alta em cada serviço, e que a sua inexistência pode contribuir para a ocorrência de falhas na notificação de doentes à EGA e perda de informação, dificultando o planeamento de alta em tempo oportuno.

### 2.3. Desvantagens dos modelos de referenciação

A categoria “Desvantagens dos modelos de referenciação” vem no seguimento da categoria “Modelos utilizados para a continuidade de cuidados”, e define as condições negativas que os modelos de referenciação apresentam para o planeamento de alta. Devido à fraca afluência de respostas pela maioria dos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de saúde mental e psiquiátrica e, saúde comunitária, atendendo ao facto de, por rotina não utilizarem estes modelos, não é possível estabelecer qualquer inferência através desta categoria e das subcategorias seguintes, com o seu grau de formação ou tipo de serviço onde exercem funções.

Após a análise do conteúdo fornecido pelos enfermeiros que participaram neste estudo, esta categoria foi dividida em cinco subcategorias (figura 14). Devido à particularidade e ao elevado número de subcategorias envolvidas, a análise baseada na literatura será realizada no final deste subcapítulo.

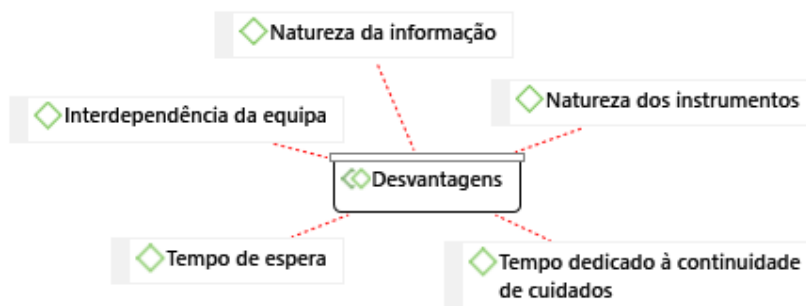


Figura 14: Desvantagens dos modelos de referenciação

A subcategoria “**Tempo dedicado à continuidade de cuidados**” refere-se aos comentários mencionados pelos enfermeiros, como condições negativas, devido ao tempo útil de trabalho despendido com o preenchimento dos modelos de referenciação.

Dos enfermeiros que utilizam os modelos de referenciação referidos no subcapítulo 2.1., cinco enfermeiros referem como condição negativa o tempo de que necessitam para proceder ao preenchimento. “*Processo muito demorado*” (A1), “*demasiadas perguntas para as quais não temos tempo para responder*” (I9) ou “*bastante trabalhoso, é demorado*” (R18) são alguns dos exemplos incluídos nesta categoria. Estes enfermeiros referem que a morosidade de preenchimento, sobretudo do formulário da RNCCI e da carta de alta, constitui um aumento da sua sobrecarga de trabalho.

A subcategoria “**Tempo de espera**” reporta-se às condições negativas referidas pelos enfermeiros quanto aos referidos modelos de referenciação, devido ao tempo de resposta entre o preenchimento do formulário e a resposta da RNCCI.

Esta subcategoria está intimamente ligada com o formulário de referenciação para a RNCCI. Apenas quatro enfermeiros mencionaram desvantagens enquadradas nesta subcategoria, unicamente especialistas em enfermagem de reabilitação. Estes enfermeiros referem que “*doentes que aguardam vaga há mais de 15 dias, é solicitada uma reavaliação do estado do doente*” (I9) ou “*a família restringe muito as possibilidades de destino, o que é legítimo, mas por outro lado vai levar a um tempo de internamento muito prolongado*” (R18). Segundo estes enfermeiros, o intervalo entre o preenchimento do formulário de referenciação para a RNCCI e a confirmação de vaga nas instituições pretendidas, pode ser prolongado. Isto leva a que o doente possa, nesse intervalo de tempo, evoluir favorável ou desfavoravelmente, e a informação tenha de ser atualizada, duplicando o trabalho executado.

A subcategoria “**Interdependência da equipa**” consiste nas condições negativas do uso dos modelos de referenciação, relacionadas com o trabalho em equipa, e neste caso, reportam-se unicamente ao formulário de referenciação para a RNCCI.

Esta subcategoria conta com o testemunho de apenas três enfermeiros, os quais salientam a “*dependência de outros elementos da equipa, que não apenas os enfermeiros, para dar seguimento ao processo*” (A1) e “*sempre com ajuda da enfermeira da equipa de gestão de altas, é sempre feito com a colaboração dela*” (P16). Os enfermeiros consideram que o facto de o formulário de referenciação para a RNCCI ser alvo da interdependência de diferentes profissionais de saúde, condiciona a celeridade do processo de encaminhamento.

A subcategoria “**Natureza dos instrumentos**” baseia-se nas condições negativas do preenchimento dos modelos de referência, centrados nas funcionalidades dos mesmos.

Nesta subcategoria, relativamente ao formulário de referência para a RNCCI, os enfermeiros descrevem situações similares: “os parâmetros são muito subjetivos” (A1), “os itens de preenchimento são muito repetidos” (G7), “os itens avaliados estão completamente desenquadrados (...) são demasiados parâmetros para preencher” (I9), “a escala de funcionalidade não se adequa a nossa realidade” (O15), “o formulário da rede é muito confuso, tem demasiados parâmetros desnecessários” (R18). Quanto à carta de alta, os enfermeiros respondem de maneira similar, como desvantagem relativa à natureza do instrumento, “temos obrigatoriamente de a fazer, o que não faz muito sentido em algumas situações (...) acaba por ser trabalho desnecessário” (K11).

A subcategoria “**Natureza da informação**” baseia-se nas condições negativas do preenchimento dos modelos de referência, centrados no conteúdo da informação. Nesta subcategoria, os enfermeiros alegam que “o formulário para a assistente social é muito limitativo” (A1), “no formulário para a rede está uma coisa descrita e quando chega à unidade a realidade é completamente diferente” (O15), “pobre e escasso” (I9), “a carta de alta não transmite grande informação para o exterior” (K11) e “a carta de alta não contém nenhum teor informativo” (N14).

Todos os modelos de continuidade de cuidados, referidos pelos enfermeiros nesta categoria estão inseridos nos sistemas de informação e consistem em documentos parametrizados, criados com o objetivo de favorecer a troca de informação, permitir o tratamento e avaliação dos dados e facilitar a continuidade de cuidados. No entanto, a construção destes formulários está sujeita a critérios, que por vezes podem trazer algumas desvantagens para o processo. Para Hesbeen (2001, p.142) os registos devem respeitar a natureza dos cuidados, sem standardizarem o que pretendem descrever, pelo que “a escolha de um registo é uma escolha que vai orientar a prática”. No seu estudo sobre a gestão da alta hospitalar, Martins et al. (2018) refere que o meio de transmissão de informações entre os profissionais da equipa de internamento e a EGA e desta à RNCCI não são homogéneos, mesmo na existência de orientações sobre o processo de continuidade de cuidados intra e extra-hospitalar. Muitos profissionais referiram não ter tido formação sobre a utilização destes modelos, pelo que pensamos que esse possa ser um fator limitador para o uso destes formulários. Todos os modelos mencionados permitem a incorporação de texto livre, pelo que essa pode ser uma forma de ultrapassar as limitações relativas à natureza da informação. “Todos nós decidimos o que registar e o que deixar de fora, não importa se é documentação oral, escrita ou computadorizada. É necessário um julgamento profissional em todas as circunstâncias” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.40).

## 2.4. Recursos de referenciação

A continuidade de cuidados é um trabalho de sequencialidade entre vários profissionais de saúde, cada um com o seu contributo para a qualidade do encaminhamento do doente e da família. O sucesso da alta depende do desempenho da soma do trabalho de cada um dos profissionais envolvidos, pelo que não podemos nunca sobrevalorizar uma categoria profissional em detrimento de outra.

A categoria “Recursos de referenciação” consiste nas opções em termos de equipas de suporte, que os enfermeiros identificam como recurso para a continuidade de cuidados. A análise do conteúdo fornecido pelos enfermeiros que participaram neste estudo permitiu que esta categoria fosse dividida em quatro subcategorias (figura 15).

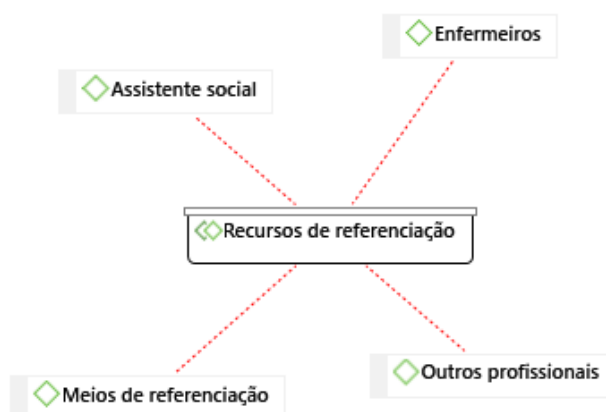


Figura 15: Recursos de referenciação

A subcategoria “**Assistente social**” reporta-se à solicitação do serviço social no âmbito do processo de referenciação do doente. Nesta categoria, dos vinte participantes neste estudo, dezoito referiram recorrer à referenciação do doente para o serviço social, de modo a garantir a continuidade de cuidados. “As necessidades de suporte social e a informação acerca dos recursos que existem ao seu dispor na comunidade e que irão ser necessários são um aspeto também essencial na promoção do desempenho adequado, ajudando a prevenir, simultaneamente, situações de crise” (Petronilho, 2007, p.76).

A subcategoria “**Enfermeiros**” reporta-se à solicitação de outros enfermeiros no âmbito do processo de referenciação do doente. Nesta categoria, dos vinte participantes, dezoito referem realizar a sinalização do doente para outros enfermeiros. Entre esses enfermeiros podemos distinguir “a enfermeira de reabilitação do serviço” (C3, F6, L12, P16, S19), “a enfermeira da equipa de gestão de altas” (C3, F6, I9, K11, M13, P16), “os enfermeiros do centro de saúde” (L12, P16) ou “os enfermeiros do ambulatório” (T20). Sobre o papel dos

enfermeiros na continuidade de cuidados, Padilha (2006, p.54), refere que “o enfermeiro assume o papel de pivot no processo com o objetivo de ser um elemento facilitador da articulação e da troca de informação entre os diferentes membros da equipe”.

Na subcategoria “**Outros profissionais**” são referidos todos os outros profissionais de saúde (exceto os já mencionados nas duas subcategorias anteriores) a quem é dirigida a referência do doente. Nesta categoria foi maioritariamente mencionada, por cerca de oito enfermeiros, a “*rede de cuidados continuados*” (C3, K11), embora com algumas referências ao “*psicólogo*” (B2) e uma única referência ao “*nutricionista*” (N14). Segundo Petronilho (2007), a lógica multiprofissional e multidisciplinar de cuidados produz ganhos em saúde, fruto do contributo de diferentes atores, nomeadamente, os enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

Na subcategoria “**Meios de referência**” são referidos os meios através do qual se estabelece o contacto entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde, a quem é dirigida a referência. Nesta subcategoria, a maioria dos enfermeiros refere que realiza a referência para os restantes profissionais de saúde através “*do programa SClínico*” (A1), “*através do formulário online*” (F6), também é referido mais esporadicamente “*a comunicação estabelecida por via telefónica ou por email*” (R18) ou “*verbalmente*” (J10). Martins et al. (2018) defende a importância de existir um meio bem definido para a comunicação entre as equipas de continuidade de cuidados. De acordo com Parker et al. (2002), as intervenções relacionadas com a transição do hospital para a comunidade podem ter impacto nos reinternamentos hospitalares, quando realizadas por um único profissional, sem envolvimento da equipa, em que a informação é transmitida diretamente entre o profissional e o doente, sem recurso à via telefónica.

## 2.5. Feedback do planeamento de cuidados

Uma das formas importantes de refletir sobre as práticas desenvolvidas nos cuidados de saúde é a avaliação do resultado dessas mesmas práticas. Após a saída do hospital, seria importante para os enfermeiros obter um retorno do trabalho realizado, para considerar o recurso a novas práticas e o abandono de outras.

A categoria “**Feedback do planeamento de cuidados**” consiste no retorno de informação sobre a situação do doente após a alta. Acerca da pergunta “*Tem algum feedback da*

*continuidade de cuidados, quando o doente vai para o domicílio?”*, os enfermeiros responderam, de forma unânime, que “*não*”. Nenhum dos enfermeiros deste estudo tem qualquer retorno de informação após a alta, “*exceto em caso de reinternamento*” (B2). “É necessário refletir a nossa prática para que possamos modificar os nossos comportamentos. E isso requer tempo, saber e condições, incluídas numa estratégia de mudança” (Augusto & Carvalho, 2005, p.114). Mota, Pereira e Sousa (2014) defendem que as instituições de saúde devem implementar mecanismos que englobem: a avaliação clínica interdisciplinar; protocolos; formação; planeamento e tomada de decisão interinstitucional através de sistemas de informação, de acompanhamento e *feedback* profissional.

### 3. Instrumentos de apoio ao planeamento de alta

A utilização de instrumentos de medida permite aos profissionais avaliar e monitorizar, utilizando parâmetros uniformizados. “As organizações de saúde têm vindo a manifestar a necessidade premente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.3).

No nosso estudo, a temática “Instrumentos de apoio ao planeamento de alta” considera ferramentas de registo de informação que permitem medir e avaliar a necessidade de cuidados de planeamento de alta. Após a análise do conteúdo relatado pelos enfermeiros sobre esta temática, foi realizada uma divisão em duas categorias (figura 16).

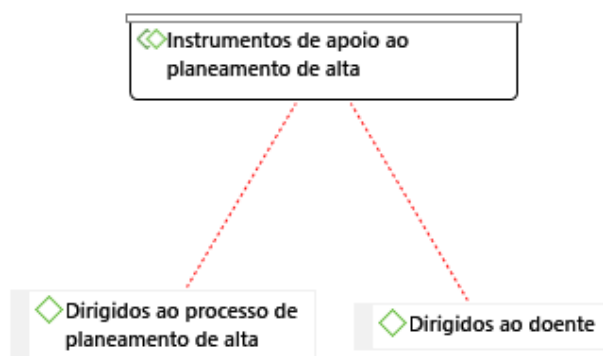


Figura 16: Instrumentos de apoio ao planeamento de alta

A categoria “**Dirigidos ao processo de planeamento de alta**” inclui todos os instrumentos de medida que podem representar uma mais-valia para a preparar a alta do doente. Nesta categoria, todos os enfermeiros participantes neste estudo referiram um discurso similar ao seguinte: “*não utilizo nenhum instrumento*” (A1).

A categoria “**Dirigidos ao doente**” inclui os instrumentos de medida utilizados pelos enfermeiros, dirigidos à avaliação do doente. “*Escala de Barthel*” (O15) e “*escala de força muscular de Council, a escala de deglutição de Guss e a escala de avaliação do equilíbrio de Tinetti*” (I9) são algumas das citações referidas unicamente pelos especialistas em enfermagem de reabilitação. Todos os restantes referiram não utilizar qualquer instrumento dirigido à avaliação do doente, tal como na categoria anterior.

Neste sentido, as únicas escalas de avaliação mencionadas pelos enfermeiros debruçaram-se sobre o grau de dependência no autocuidado, da deglutição e do equilíbrio. Estes são alguns dos instrumentos de avaliação preconizados pela Ordem dos enfermeiros (2016), sendo instrumentos validados para a população portuguesa.

#### 4. Das boas práticas ao modelo em uso

A implementação de um plano de cuidados estruturado considera vários vetores de intervenção, que asseguram o planeamento de alta. “Os cuidados de saúde que emergem da área do saber da enfermagem, a que tradicionalmente denominamos por *área autónoma* do exercício profissional, (...) parece-nos, ainda, uma oportunidade para o desenvolvimento da profissão, pela evidente falta de sistematização” (Petronilho, 2007, p.45). Ao analisar o modo como os enfermeiros preparam o planeamento de alta, verificamos a presença de diferentes condicionantes que interferem nas suas práticas. Este tema considera quatro categorias, representadas na tabela 18.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Estratégias usadas para o planeamento de alta	Individuais
	Coletivas
	Apoios técnicos após a alta
Ações específicas de enfermagem para o planeamento de alta	Atender
	Determinar
	Executar
	Gerir
Recursos de documentação da informação	Informar
	Via oral
	Sistemas de informação
As fragilidades do planeamento de alta	Outros documentos
	Reinternamentos recorrentes
	Causa dos reinternamentos
Melhorar a continuidade de cuidados	Intervenção dos enfermeiros face aos reinternamentos
	Estrutura
	Processo
Resultado	
Formação ajustada ao planeamento de alta	

Tabela 18: Fatores de influência nas práticas dos enfermeiros

#### 4.1. Estratégias usadas para o planeamento de alta

A fase de implementação do plano de cuidados implica executar intervenções de enfermagem. Existem algumas orientações que podem ajudar os enfermeiros a desenvolverem práticas mais informadas e fundamentadas. Nesta categoria estão agregadas todas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que participaram neste estudo, na implementação do plano de cuidados com vista ao planeamento de alta. Esta categoria divide-se em três subcategorias (figura 17).

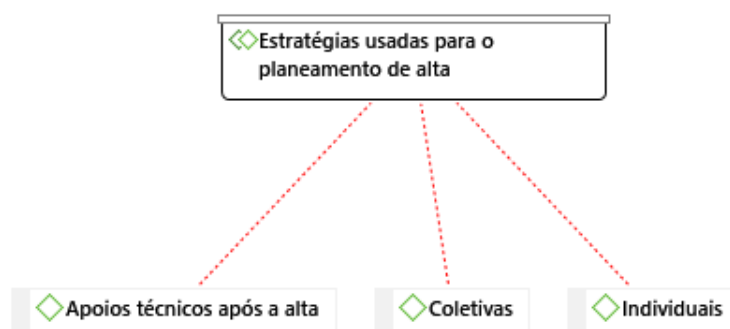


Figura 17: Estratégias usadas para o planeamento de alta

A subcategoria “Coletivas” é aquela onde podemos encontrar maior número de unidades de registo mencionadas pelos enfermeiros. Devido à particularidade das subcategorias envolvidas, a análise baseada na literatura será realizada no final deste subcapítulo.

A subcategoria “**Apoios técnicos após a alta**” considera as estratégias utilizadas com recurso aos dispositivos e ajudas técnicas. Apenas quatro enfermeiros referiram a sua intervenção dirigida aos ensinios e disponibilização de dispositivos, sobretudo quando se verificava um registo inaugural. “*Dispositivos de oxigenoterapia*” (G7), “*dispositivos como as cânulas de traqueostomia e sondas de alimentação*” (J10), “*sonda nasogástrica ou vesical*” (K11) são exemplos dos escassos testemunhos dos enfermeiros sobre os tipos de apoio técnico. Os únicos enfermeiros que expressaram a sua preocupação sobre esta temática foram os enfermeiros de cuidados gerais.

A subcategoria “**Coletivas**” refere-se às estratégias usadas para o planeamento de alta, dirigidas a um grupo de pessoas. Nesta subcategoria, os enfermeiros mencionaram unicamente “*reuniões programadas com a família*” (A1) de uma forma generalizada, sem distinção entre o seu grau de formação e o tipo de serviço onde exercem funções.

A subcategoria “**Individuais**” refere-se às estratégias usadas para o planeamento de alta, dirigido a um indivíduo. Nesta subcategoria, os enfermeiros mencionaram unicamente “*ensinos ao doente*” (C3) de uma forma generalizada, sem distinção entre o seu grau de formação e o tipo de serviço onde exercem funções.

“A aquisição de competências por parte do cuidador terá, indiscutivelmente, de passar por aquilo que, tradicionalmente, no contexto da profissão, denominamos por ensinos” (Petronilho, 2007, p.76). Santos (2002) refere que as equipas de saúde devem promover ações de ensino, ao doente e aos familiares (informação, demonstração e treino), informar e orientar o doente e a família sobre os recursos disponíveis na comunidade.

#### 4.2. Ações específicas de enfermagem para o planeamento de alta

As intervenções de Enfermagem são desenvolvidas com base em domínios próprios. De acordo com o International Council of Nurses (2010, p.93), a ação define-se como o “processo intencional aplicado a /ou desempenhado por um cliente (por exemplo, educar, trocar, administrar, monitorizar)”. Esta categoria está dividida em cinco subcategorias (figura 18). Pela especificidade desta categoria, a análise centrada na literatura terá lugar no final deste subcapítulo.

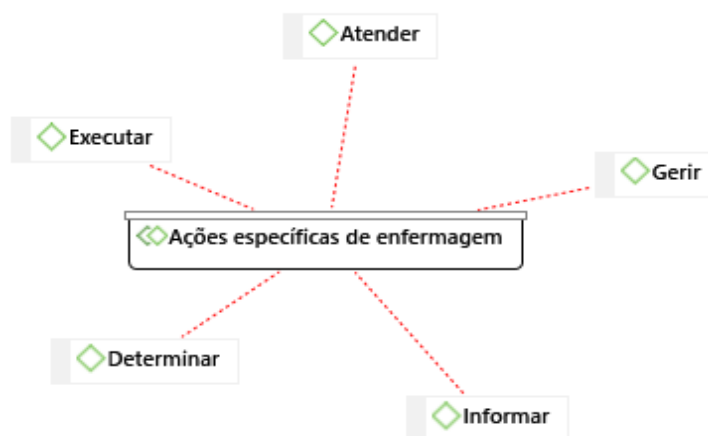


Figura 18: Ações específicas de enfermagem

A subcategoria “**Atender**” é um tipo de ação que consiste em estar atento a, de serviço a, ou tomar conta de alguém ou alguma coisa. Nesta categoria os enfermeiros referem estratégias de ação com vista ao envolvimento da família nos cuidados. Citando alguns exemplos: “*salvaguardar que pelo menos durante um mês, não vão fazer esforços que*

*possam comprometer, (...) envolver a família nos cuidados para prevenir a infeção da ferida cirúrgica*” (M13) e *“envolvemos os cuidadores e a família”* (S19). As unidades de registo desta categoria foram mencionados unicamente por especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

A subcategoria **“Determinar”** é um tipo de ação que consiste em encontrar ou estabelecer algo de modo preciso. Nesta subcategoria, encontramos apenas um registo, de um enfermeiro que salientou o ato de *“abordar a família”* (D4).

A subcategoria **“Executar”** é um tipo de ação que consiste em desempenhar uma tarefa técnica. Nesta subcategoria, foi encontrado um único registo, em que o enfermeiro refere: *“removo o cateter venoso periférico”* (J10), reportando-se a esta tarefa técnica como uma das que executa para o planeamento da alta.

A subcategoria **“Gerir”** é um tipo de ação que consiste em estar encarregado de, organizar para alguém ou alguma coisa. Nesta subcategoria, os enfermeiros deram o seu contributo, referindo *“planear o ensino ao familiar ou ao utente”* (A1), *“negociar a data de alta com a equipa médica”* (S19), *“gerir a medicação e a reintegração”, trabalhar as estratégias de coping, a tolerância à frustração, como gerir as emoções perante situações que geram desconforto”* (T20). Dado o reduzido número de unidades de registo nesta subcategoria, não nos é possível estabelecer uma relação causal com o grau de formação ou o tipo de serviço onde os enfermeiros exercem cuidados.

A subcategoria **“Informar”** é um tipo de ação que consiste em comunicar alguma coisa a alguém. Nesta subcategoria os enfermeiros foram bastante interventivos, e onde podemos encontrar registos similares aos que passaremos a apresentar: *“ensinos para a família sobre novos dispositivos”* (K11), *“ensinos sobre os cuidados, a manipulação de dispositivos, a programação dos tratamentos, a alimentação”* (N14), *“informo a família sobre a sinalização para o serviço social, para desmistificar o estigma que isso tem”* (R18), *“grande esforço de capacitação da família e de treino de autonomia do doente”* (S19). A maioria dos enfermeiros referiu ações do tipo “Informar” baseadas nos ensinamentos. Não é possível estabelecer qualquer relação com o grau de formação ou tipo de serviço onde trabalham.

A literatura sugere-nos que a intervenção de enfermagem tem um espectro de ação muito mais amplo. Segundo o regulamento do exercício profissional do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 1996), salientamos algumas das áreas de intervenção dos enfermeiros: organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem aos

três níveis de prevenção; rentabilizar os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade; proceder ao ensino do utente e administração de medicação ou tratamentos. Segundo Petronilho (2007), o processo de ensino-aprendizagem envolve três fases distintas: um momento de informação teórica com intervenções do tipo ensinar/educar; um segundo momento de explicação e demonstração por parte do enfermeiro, ou seja, com intervenções do tipo instruir; e um terceiro momento de supervisão do enfermeiro e esclarecimento de dúvidas, com intervenções do tipo treinar.

#### 4.3. Recursos de documentação da informação

O registo do trabalho de campo realizado pelos enfermeiros apresenta-se como uma grande vantagem, no sentido de permitir incluir “organização, gestão e tratamento de informação referente ao processo de enfermagem, devem possibilitar a utilização de uma linguagem uniforme, reduzir a duplicação de dados, e aumentar a acessibilidade aos dados, informação e conhecimento gerados no sistema de informação em enfermagem” (Silva, 2013, p.17). “Em meio hospitalar (...) assistindo-se, como é óbvio, a uma rotatividade dos enfermeiros (...) os registos possibilitam que o enfermeiro do próximo turno possa continuar a prestação de cuidados de acordo com o plano instituído” (Costa, 2003, p.26).

Na sua prática diária, os enfermeiros encontram meios alternativos muito diferentes de organização. Esta categoria refere-se aos meios de registo e documentação da informação sobre o planeamento de alta. Considerando os achados do corpo de texto das entrevistas, decidimos dividir esta categoria em três subcategorias (figura 19).

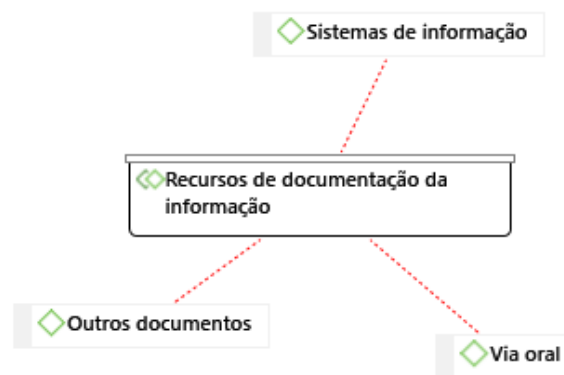


Figura 19: Recursos de documentação da informação

A primeira subcategoria, “Via oral” refere-se ao recurso de registo da informação sobre planeamento de alta que é feito oralmente. Nesta subcategoria, foram cerca de dez os enfermeiros que recorrem a este recurso para transmitir a informação entre enfermeiros e

aos restantes profissionais de saúde, como é exemplo, *“entre colegas, vamos transmitindo a informação do que foi realizado”* (S19). Embora na maior parte dos casos este recurso seja conjugado com o registo informático da informação, este é um dos recursos ao qual mais recorrem para transmitir a informação. São sobretudo os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica quem apresenta maior tendência para utilizar, quase em exclusivo, a via oral para transmissão de informação sobre a preparação da alta. *“Os enfermeiros planeiam as atividades a concretizar num turno de trabalho, sustentado na informação veiculada na passagem de turno, pois este é um momento no qual são resgatados os dados relevantes para prosseguir o trabalho no turno seguinte”* (Duarte, 2014, p.115).

A subcategoria **“Sistemas de informação”** consiste no recurso de registo de informação através dos sistemas de informação em enfermagem. Nesta subcategoria, praticamente todos os enfermeiros referem recorrer a este recurso, no qual identificam ser uma valiosa ferramenta de organização do seu trabalho. *“Todos os dados colhidos no momento de admissão são registados na avaliação inicial do SClínico”* (I9), *“registo a informação no SClínico nas intervenções associadas ao diagnóstico ou em notas gerais”* (R18) são exemplos dos testemunhos dos participantes neste estudo. Nesta subcategoria verifica-se uma maior tendência dos enfermeiros que exercem funções em serviços da área médica para efetuar o registo no plano de cuidados *“associado às intervenções”* (R18). Por sua vez, os enfermeiros que exercem funções em serviços das áreas cirúrgicas revelam uma maior tendência para realizar o registo das intervenções relativas ao planeamento de alta, *“em notas gerais”* (C3). Quanto ao grau de formação, podemos apenas afirmar que os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica são os que menos referem recorrer aos sistemas de informação para efetuar o registo das suas intervenções dirigidas ao planeamento de alta. *“Na prestação de cuidados de enfermagem é imprescindível fazer registos, não por obrigação, mas porque facilitam a continuidade de cuidados, evitam perdas de tempo e transmitem segurança ao doente”* (Costa, 2003, p.26).

A subcategoria **“Outros documentos”** consiste no recurso a outros meios de documentação da informação de planeamento de alta, excluindo a via oral e os sistemas de informação. Nesta subcategoria, quase todos os enfermeiros referiram que nos serviços onde exercem cuidados existe um documento de processamento de texto, que guardam numa pasta de partilha exclusiva da equipa de enfermagem, que consiste *“num documento interno utilizado para garantir a informação de passagem de turno entre os enfermeiros da equipa”* (A1). Trata-se de um documento interno que existe em todos os serviços, onde os enfermeiros que participaram no estudo exercem cuidados. Este tipo de documento é um *“documento auxiliar que utilizamos, as chamadas ‘vigilâncias do turno’, que consiste num documento word, onde registamos informação relativa ao doente e ao que falte*

*eventualmente complementar*” (E5). Dada a afluência de unidades de registo, não é possível estabelecer relação desta subcategoria com o grau de formação ou o tipo de serviço.

No estudo desenvolvido por Padilha (2006, p.167) verificou-se que, relativamente ao planeamento de alta, “a partir da análise documental aos registos de enfermagem é identificada também a falta de documentação dos enfermeiros sobre esta dimensão dos cuidados”. “É necessário documentar o processo de enfermagem de acordo com uma linguagem comum, uma taxonomia que possibilite entendimento entre todos os enfermeiros, bem como entre enfermeiros e outros grupos profissionais” (Silva, 2013, p.23).

#### 4.4. Fragilidades do planeamento de alta

Quando não existe um planeamento de alta eficaz, a segurança dos cuidados prestados após a saída do hospital pode estar em causa. Segundo Pompeo et al. (2007), se não existir um atendimento sistematizado e um número adequado de profissionais de saúde a prestar cuidados, os doentes irão continuar sem um suporte adequado de preparação da alta, com repercussões no número de reinternamentos por falta de adesão ao tratamento. No nosso estudo, esta categoria foi definida como as condições de risco para o planeamento de alta. Esta categoria divide-se em três subcategorias (figura 20). Atendendo à interligação das subcategorias, a análise da literatura sobre o tema será realizada no final do subcapítulo.

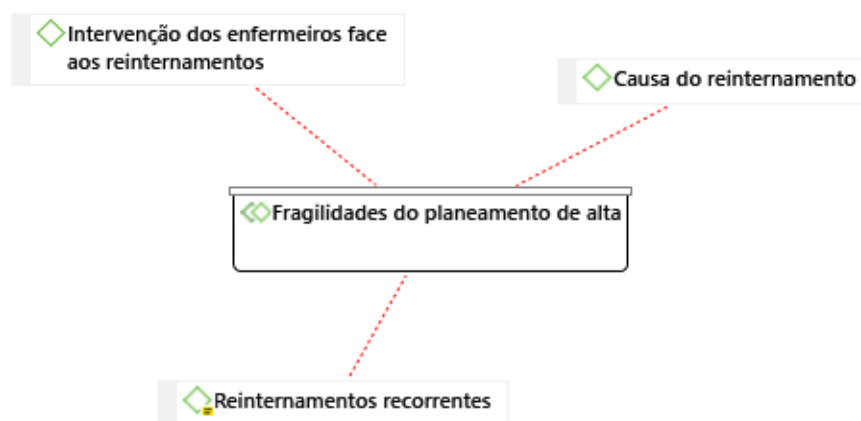


Figura 20: Fragilidades do planeamento de alta

A subcategoria “**Reinternamentos recorrentes**” consiste na existência de readmissões ao internamento hospitalar, pelo mesmo doente, num período inferior a seis meses. Nesta subcategoria, dos vinte enfermeiros participantes neste estudo, dezanove confirmaram que as readmissões ao internamento após a alta são “*muito frequentes*” (H8). Destes dezanove

enfermeiros, apenas dois enfermeiros referiram que estes episódios ocorriam “poucas vezes” (C3).

A subcategoria “**Causa dos reinternamentos**” refere-se ao motivo de admissão que leva ao reinternamento do doente nos serviços de saúde. Nesta subcategoria, os enfermeiros identificam essencialmente três causas associadas. Uma delas é relacionada com a gestão da alta, pelo que entre os registos pode ler-se: “as altas podiam ser programadas mais precocemente” (A1); “os médicos dão altas precoces para gestão do serviço e os enfermeiros não têm autonomia para poder retardar a alta” (D4); “má orientação da alta, motivada quer pela ineficiente intervenção dos enfermeiros, quer pela alta precoce dada pelos médicos” (F6); “cuidadoras contratadas que são supostamente experientes, tentamos fazer um ensino e só ouvem o que querem, e não manifestam interesse em regressar para reforçar os ensinamentos ou pressão da equipa médica para o doente ter alta” (I9); “doentes reinternados por pneumonia de aspiração (...) porque não temos tempo sequer para validar aquilo que foi ensinado” (H8); ou “altas precoces, quando a situação clínica não fica completamente resolvida, ou em altas mal planeadas em que os familiares não se sentem seguros e voltam a trazer os doentes ao hospital” (S19). Outro dos motivos está relacionado com o agravamento da doença: “agravamento/declínio do estado” (C3) ou “complicações inerentes à própria patologia” (J10). Outro dos motivos relaciona-se com questões ligadas ao prestador de cuidados: “não tiveram o apoio adequado no domicílio, não tomaram a medicação de forma adequada, falta de suporte” (Q17); “alicerces familiares são muito fracos” (B2); “a família, apesar de orientada para determinados serviços na comunidade, acaba por não seguir essas orientações” (R18). As causas relacionadas com o papel do prestador de cuidados são sobretudo identificadas por enfermeiros que prestam cuidados em serviços da área médica.

A subcategoria “**Intervenções dos enfermeiros face aos reinternamentos**” refere-se às ações desenvolvidas pelos enfermeiros face à readmissão de um doente no internamento. Nesta subcategoria, foi apenas alvo de nove unidades de registo, sendo que os restantes enfermeiros referem que “não há muito que possamos fazer” (C3). As intervenções dos enfermeiros são centradas em “reforço dos ensinamentos à família” (I9), “ensinamentos à família sobre a dieta, com estratégias adaptativas” (O15) ou “ponderar a colocação de uma sonda nasogástrica para diminuir este risco de aspiração” (R18). Neste âmbito são sobretudo os especialistas em enfermagem de reabilitação e os enfermeiros de saúde comunitária que estão destaque nesta categoria, referindo também que procuram investigar no processo clínico como foi orientada a alta do internamento anterior.

Petronilho (2007, p.44) salienta que “a lógica em que se prestam os cuidados de saúde nas instituições hospitalares, incluindo a forma como estão organizadas as unidades de cuidados,

como já referido, giram muito à volta da doença e do seu tratamento”. Também Pompeo et al. (2007, p.346) referem que “um sumário da alta pode ser preparado pelo enfermeiro, contendo um resumo conciso e instrutivo sobre as condições do paciente, com ênfase na aprendizagem prévia do mesmo e da família”. A educação para a saúde, a preparação para a alta e o *follow-up* telefónico podem ser estratégias eficazes em doentes com alto risco de reinternamento não programado (Scott, 2010).

De acordo com as unidades de registo identificadas nesta categoria, algumas das fragilidades encontradas neste capítulo podem estar relacionadas com a forma como o doente e a família e/ou o cuidador são englobados em todo o processo. “Poderão existir informações importantes para o cuidador que não foram fornecidas, conhecidas e colmatadas” (Morais, 2010, p.123). “São oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com a agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros” (Pompeo et al., 2007, p.346). Por sua vez, Ramos (2015) salienta a importância do reforço dos ensinamentos à família, que deve ser aplicado em todo o processo de ensino, como forma de ampliar as probabilidades de resposta.

#### 4.5. Melhorar a continuidade de cuidados

A qualidade dos serviços que prestamos deve ser, frequentemente, alvo de reflexão. A reflexão sobre as práticas de cuidados prestados são fundamentais para o crescimento e evolução da profissão, bem como contribuem para a sugestão de novas áreas de investigação. Sendo os enfermeiros um elemento tão ativo no planeamento de alta e na continuidade de cuidados, é importante ouvir as suas auscultações sobre o que consideram ser alvo de intervenção, para que possam cumprir práticas mais sustentadas no conhecimento e mais seguras para os seus doentes.

Esta categoria define-se com base nas estratégias que permitem otimizar os processos de planeamento de alta e a continuidade de cuidados. Esta categoria divide-se em três subcategorias (figura 21). Dada a especificidade das subcategorias, será realizada a análise da literatura sobre o tema apenas no final deste subcapítulo.

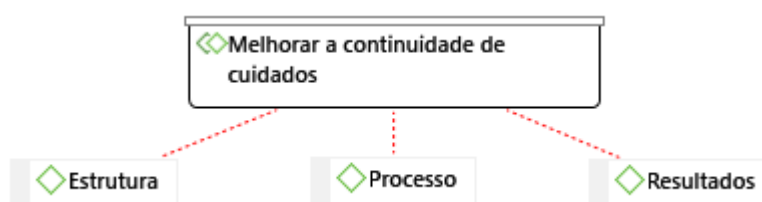


Figura 21: Melhorar a continuidade de cuidados

A subcategoria “Estrutura” define sugestões de melhoria da continuidade de cuidados relacionadas com a instituição. As sugestões de melhoria da continuidade de cuidados, baseadas em critérios de estrutura, mencionadas pelos enfermeiros, estão resumidas na tabela 19.

Subcategoria	Unidade de registo
Estrutura	“haver um acompanhamento do Utente após a alta no domicílio, por via telefónica” (C3)
	“estabelecer um contacto com os familiares ou o doente, após a alta, idealmente por telefone, para poder esclarecer dúvidas ou questões, pelo menos durante as duas primeiras semanas” (F6)
	“fazer um seguimento por via telefónica, em dias específicos para contactar o doente” (L2)
	“manter um acompanhamento telefónico diário após a alta, pelo menos na fase inicial, na primeira semana” (Q17)
	“rentabilização dos rendimentos do doente a favor do hospital, sobretudo a partir do primeiro mês de internamento e quando se percebe que a família se recusa a assumir a responsabilidade pelo doente” (B2)
	“registos sobre o planeamento de alta deviam estar melhor delineados e registados” (C3)
	“a informação fosse recolhida num único local, para esta questão ser trabalhada melhor em equipa e fácil de consultar por todos” (M13)
	“haver um protocolo, com vários passos a seguir, mais padronizado” (G7)
	“haver algo uniformizado para o serviço, um formulário a preencher, avaliar determinados parâmetros” (H8)
	“documento a preencher para identificar as necessidades do doente” (N14)
	“um formulário implementado para preencher, logo a partir da admissão” (P16)
	“formação sobre planeamento de alta” (D4, E5, K11, S19)
	“mais treino em estratégias de abordagem à família” (F6)
	“não delegar tanto as nossas funções para a Assistente Social” (E5)
	“reuniões multidisciplinares, para haver discussão dos casos entre os enfermeiros, médicos, os enfermeiros de reabilitação, assistente social, a equipa de gestão de altas e eventualmente os fisioterapeuta” (F6)
	“melhor comunicação entre a equipa médica e de enfermagem” (K11, P16, S19)
	“aumento do número de enfermeiros de reabilitação no serviço” (I9, O15)
“enfermeiros de referência para alguns doentes e um acompanhamento da família desde o início do processo” (I9)	
“modelo do enfermeiro de referência” (O15)	
“fazer visitas domiciliárias” (A1, I9), “criar uma equipa de apoio domiciliário” (R18)	
“reunião formal entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, para um melhor planeamento e evitar os reinternamentos” (K11, N14)	
“existir uma ligação mais efetiva à comunidade e aos enfermeiros que vão dar apoio àquele doente - quer seja por escrito ou por telefone” (T20)	

Tabela 19: Melhorar a continuidade de cuidados - estrutura

Nesta subcategoria, os enfermeiros deram sobretudo sugestões no sentido de criar um documento ou formulário de preenchimento com itens padronizados para o planeamento de alta; acompanhamento no domicílio através de contacto telefónico; reuniões da equipa multiprofissional; formação em serviço sobre planeamento de alta; introduzir o modelo do enfermeiro de referência; visitas domiciliárias; aumentar o rácio de enfermeiros de cuidados gerais por turno e de enfermeiros de reabilitação; treino de competências de interação com a família e políticas económicas com rendimentos do doente a reverter a favor do hospital, em casos de recusa da família em assumir a alta.

As sugestões de realizar o acompanhamento após alta através de chamada telefónica foram essencialmente referidas pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, que aliás, já submeteram uma proposta de projeto neste sentido, ao Conselho de Administração do hospital. Por sua vez, o modelo de enfermeiro de referência, o aumento do rácio de enfermeiros de reabilitação por turno e as visitas domiciliárias no âmbito da avaliação da alta foram sugeridas em exclusivo pelos especialistas em enfermagem de reabilitação. Os resultados não permitem qualquer relação com o tipo de serviço em que os enfermeiros exercem as suas funções.

A subcategoria “**Processo**” define sugestões de melhoria da continuidade de cuidados relacionadas com tarefas de planeamento de alta. A tabela 20 resume as sugestões de melhoria fornecidas pelos enfermeiros participantes neste estudo.

Subcategoria	Unidade de registo
Processo	<i>“família deveria ser envolvida o mais precocemente possível” (A1, C3, S19)</i>
	<i>“mais tempo para fazer os ensinios” (C3, F6, I9, N14)</i>
	<i>“reforçar os ensinios” (M13)</i>
	<i>“mais tempo para trabalhar o controlo de infeção com a família e o doente” (M13)</i>
	<i>“iniciar os ensinios mais precocemente (F6, S19)</i>
	<i>“encorajar os familiares e cuidadores e evitar algumas idas ao serviço de urgência” (Q17)</i>

*Tabela 20: Melhorar a continuidade de cuidados - processo*

Nesta categoria, foram poucas as unidades de registo identificadas. No entanto, podemos referir que os enfermeiros sugerem que possam ter mais tempo disponível na sua prestação de cuidados para trabalhar os ensinios à família, bem como iniciá-los mais precocemente. Sugerem também que a estratégia de encorajamento dos familiares seja aplicada com mais frequência, de modo a transmitir mais segurança ao prestador de cuidados. Nesta categoria podemos observar o contributo proveniente apenas de enfermeiros especialistas, embora não seja possível diferenciar o tipo de especialidade.

A subcategoria “**Resultado**” define sugestões de melhoria da continuidade de cuidados relacionadas com os efeitos do planeamento de alta. Apenas dois enfermeiros mencionaram aspetos integrantes desta categoria, referindo sugestões de melhoria relacionadas com *“reformular o formulário da EGA e introduzir questões que avaliem o potencial, a evolução e melhoria do doente a executar na comunidade, seriam mais importantes do que tentar saber o que o doente faz agora” (I9)* e *“garantir uma retaguarda mais segura no domicílio” (S19)*. Estas duas sugestões também tiveram a sua origem em enfermeiros especialistas, que prestam serviços em serviços cirúrgicos.

Brás e Ferreira (2016) e Justo (2019) concordam que “as interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, não eficiências no handover, sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados nos estudos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde”. De acordo com Scott (2010), a melhoria da prestação de cuidados relacionada com o planeamento de alta deve considerar: uma atempada identificação das necessidades após a alta; a realização de ensinios ao doente e ao cuidador; a atempada transferência de informação entre profissionais de saúde; o seguimento dos doentes com risco de reinternamento nas primeiras 24 a 72 horas após a alta; e a referenciação adequada para os cuidados continuados, em caso de necessidade.

#### 4.6. Formação ajustada ao planeamento de alta

Os padrões teóricos dão sustentabilidade à profissão, ao mesmo tempo afirmam a posição dos profissionais, baseados em princípios e valores que fundamentem o conhecimento. A prática profissional tem uma constante necessidade de revisão e apuramento para se adaptar às novas necessidades e avanços do conhecimento.

A definição desta categoria consiste na aprendizagem de conteúdos relevante para desenvolver práticas diferenciadas de planeamento de alta e de qualidade. Sobre a questão “*Considera ter formação ajustada para fazer um planeamento da alta com qualidade?*”, entre os vinte enfermeiros que participaram neste estudo, apenas cinco afirmaram que a sua formação é ajustada ao planeamento de alta, sendo estes enfermeiros maioritariamente especialistas em enfermagem de saúde comunitária e de reabilitação. Estes enfermeiros complementam ainda a sua resposta referindo que “*também se deve muito ao meu percurso, minha experiência profissional e ao meu backup*” (O15). De acordo com os autores Lee e Emmerson (2006) o processo de planeamento de alta deve ter por base *skills* dos enfermeiros, que são adquiridos empiricamente, no local de trabalho e raramente, em contexto académico.

Todos os enfermeiros de cuidados gerais, sem especialidade, referiram não considerar a sua formação ajustada ao planeamento de alta. Os dados obtidos não nos permitem fazer nenhuma análise de relação entre esta categoria e o tipo de serviço onde os enfermeiros exercem funções.

A etapa final deste trabalho colide com a necessidade de produzir uma síntese do significado e interesse das temáticas retratadas. Para isso, importa refletir sobre o estado atual do planeamento de alta e o seu impacto na organização dos cuidados de saúde, bem como com o processo de pesquisa que desenvolvemos e vivenciamos.

Quanto à avaliação inicial de colheita de dados, os enfermeiros que participaram neste estudo recorrem sobretudo à entrevista ao doente e à família. Embora com menor expressão, também recorrem à consulta de registos médicos e de enfermagem no processo clínico e à informação transmitida na passagem de turno. Outros instrumentos referidos na literatura, como a observação, não foram mencionados pelos enfermeiros, podendo comprometer a qualidade da colheita de dados. Para contexto de realização é selecionado um gabinete ou, mediante indisponibilidade, a sala de tratamentos, na tentativa de preservar a privacidade do doente. Também a via telefónica é uma das opções mencionadas pelos enfermeiros para efetuar a colheita de dados.

A atividade diagnóstica ainda é um conceito que os enfermeiros desconhecem, mas que apesar disso, está incutido nas suas práticas. O foco de atividade diagnóstica está essencialmente voltado para as subcategorias de “Processo corporal” e “Família”.

Relativamente aos processos físicos, é a dependência nas atividades de vida diária o alvo de maior atividade diagnóstica por parte dos enfermeiros, seguida pela avaliação do suporte familiar, inserida na família. A atividade diagnóstica centrada na cognição e na comunidade foram as que tiveram menor expressão.

Ainda sobre o planeamento de alta, os enfermeiros elegem como critérios para iniciar o planeamento de alta dois tipos de condicionantes: físicas e sociais. Na condição física, predomina a valorização do grau de dependência ou o seu agravamento ao longo do internamento. No entanto, são também referidos critérios relativos à alteração do estado de consciência, do processo de pensamento, da capacidade motora, da alteração do equilíbrio, da deglutição, da adaptação a novos dispositivos, dos hábitos de risco e a intervenção cirúrgica proposta. Na condição social, os enfermeiros salientam critérios como a composição do agregado familiar, viver só, o isolamento social e a ausência de retaguarda. Com menor expressão, surgem critérios sociais associados ao conhecimento do prestador de cuidados, condições da habitação, condições económicas, necessidade de ajudas técnicas e de apoio domiciliário.

Quanto à continuidade de cuidados, os enfermeiros mencionaram, que no hospital onde decorreu o estudo, os modelos em uso são dirigidos ao serviço social, à EGA e a carta de alta/transfêrencia. De salguardar, que a maioria dos enfermeiros entrevistados tem conhecimento da existência do modelo da EGA e do serviço social, no entanto, uma vez que é o enfermeiro de reabilitação do serviço que habitualmente procede ao preenchimento, não têm conhecimento na ótica do utilizador, para emitir opinião sobre estes modelos. Salientam também que nunca tiveram qualquer tipo de formação sobre os modelos em causa, sendo que sugerimos que esse possa ser um fator limitador para a sua participação. Este facto é relatado pelos enfermeiros de reabilitação como um fator de insatisfação e sobrecarga do seu trabalho, pelo que defendem que todos os enfermeiros deveriam ter formação nesse sentido. De referir que a literatura sugere a importância da existência de um coordenador do planeamento de alta, que em nenhum dos serviços existe, sendo o método de trabalho, o de cuidados individualizados. Alertamos para o risco de conflitos entre os elementos da equipa, por falta de coordenação e sobrecarga de trabalho.

Em relação aos modelos de referenciação, os enfermeiros referem sobretudo vantagens institucionais, no sentido em que facilitam a transmissão da informação e a articulação com outros profissionais. A orientação da continuidade de cuidados, a possibilidade de aceder a registos prévios de encaminhamento e a facilidade do preenchimento do formulário dirigido ao serviço social são algumas das vantagens também referidas.

Quanto às desvantagens, podemos considerar por ordem de relevância: o tempo dedicado à continuidade de cuidados; o tempo de espera entre o início do processo e a alta (exigindo a atualização do estado do doente); a interdependência da equipa; a natureza dos instrumentos (destacando-se a existência de parâmetros muito subjetivos e repetitivos, bem

como a obrigatoriedade de preenchimento); e a natureza limitativa e pouco informativa dos modelos. Alertamos para o facto do número de desvantagens identificadas ter sido muito superior ao de vantagens, e que os enfermeiros se mostram claramente mais insatisfeitos com o preenchimento do formulário de referência para a RNCCI. Alertamos para o facto de estas desvantagens causarem algum desconforto na dinâmica de trabalho dos enfermeiros, quer pela sobrecarga de trabalho devido à duplicação de informação, quer pela falta de celeridade do processo de encaminhamento.

Os principais profissionais de saúde a quem recorrem para a continuidade de cuidados são o assistente social, os enfermeiros (de reabilitação do serviço, da EGA, dos cuidados de saúde primários e de ambulatório) e outros profissionais como são exemplo, o psicólogo, o nutricionista e a rede de cuidados continuados.

Os meios pelos quais realizam a referência são o aplicativo informático *SClinico*, o formulário *online* da RNCCI, e com menos frequência a via telefónica e o correio eletrónico.

Nenhum dos enfermeiros refere ter qualquer *feedback* da continuidade de cuidados. Alertamos para a importância do retorno dos resultados do planeamento de alta, salientada na literatura, com vista à reestruturação das práticas neste âmbito.

Quanto aos instrumentos de apoio à continuidade de cuidados, nenhum dos enfermeiros utiliza qualquer instrumento dirigido ao planeamento de alta. Foram mencionados, em condições muito particulares, a utilização de instrumentos dirigidos ao doente, como são exemplo o índice de Barthel, a escala de força muscular de Council, a escala de Guss e a índice de equilíbrio de Tinetti, que apesar de recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2016), são apenas uma pequena amostra das ferramentas existentes neste domínio. Alertamos para a importância de recorrer ao uso de instrumentos de medida, pela garantia de parametrização e fundamentação da tomada de decisão. De referir que apesar de afirmarem realizar atividade diagnóstica no âmbito do suporte familiar, não houve uma única referência a instrumentos de medição utilizados neste domínio.

Relativamente às estratégias usadas no planeamento de alta, os enfermeiros priorizam as coletivas (reuniões com a família) e individuais (ensinos ao doente). Com menor dimensão, são mencionadas estratégias associadas ao uso de apoios técnicos (como os dispositivos de oxigenoterapia, de ostomia, sondas de alimentação e vesicais).

No campo das ações específicas para o planeamento de alta, predomina o “Informar” (com recurso aos ensinos) e o “Gerir” (com recurso a estratégias de gestão e negociação). A literatura acrescenta ainda o relevo das ações no âmbito de “Instruir” e “Treinar” que não foram referidas por nenhum enfermeiro, apesar de subliminarmente se reportarem a planos de orientação da alta, onde estas etapas estão incluídas.

Em síntese:

Sobre a forma como garantem a documentação da informação relativa ao planeamento de alta, os enfermeiros recorrem sobretudo à via oral para transmitir informação entre a equipa, por vezes em paralelo com os sistemas de informação. Há também referência a um documento de processamento de texto, que verificamos existir em todos os serviços, onde pontualmente registam dados relativos ao planeamento de alta. Salientamos o risco de perda de informação e de compromisso da proteção de dados, sob pena de invalidar o direito de anonimato e privacidade dos doentes, ao veicular informação em sistemas operativos que não foram concebidos para esse efeito específico.

Os reinternamentos foram uma das grandes fragilidades do planeamento de alta, identificadas pelos enfermeiros, que na generalidade, admitem que essa é uma realidade muito frequente. No entanto, associam as causas dos reinternamentos sobretudo à gestão da alta, e com menos impacto, o agravamento da doença e o compromisso do papel do prestador de cuidados. Sobre a sua intervenção face aos reinternamentos revelam proceder ao reforço dos ensinamentos à família e, nos casos de readmissão por pneumonia de aspiração, ponderam a colocação permanente de sonda gástrica. Apesar disso, mais de metade dos enfermeiros assegura que não dirige qualquer intervenção para colmatar estas fragilidades, uma vez que associam estes eventos, sobretudo à falta de ponderação da equipa médica na alta do doente e à comunicação pouco eficaz com os médicos, que consideram uma realidade difícil de transpor.

A maioria dos enfermeiros refere não ter formação para desenvolver o planeamento de alta com qualidade, no entanto, também não manifestam interesse no aumento de conhecimentos nesta área, exceto se for financiada pela entidade patronal e em tempo útil de trabalho.

As sugestões de melhoria foram muito unânimes na necessidade de criar um documento padronizado ou formulário, sob a forma de protocolo, para orientar o planeamento de alta. Outras sugestões evocadas focam: o acompanhamento telefónico após a alta (projeto já apresentado ao Conselho de Administração do hospital por um grupo de enfermeiros especialistas em saúde comunitária); as reuniões multidisciplinares; a formação em serviço sobre planeamento de alta (nomeadamente o treino de abordagem à família); a implementação do modelo de enfermeiro de referência; as visitas domiciliárias; o aumento do número de enfermeiros por turno; mais tempo útil de trabalho para os ensinamentos à família; reformulação do formulário de referência para a RNCCI; e reestruturação das políticas económicas (com rendimentos do doente a reverter a favor do hospital, em caso de abandono).

Quanto às diferenças de planeamento de alta comparativamente aos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, existem algumas conclusões relevantes a salientar. Sobre a

forma como os enfermeiros sem especialidade desenvolvem o planeamento de alta, concluímos que:

- utilizam a unidade do doente como contexto de realização para procedimentos de avaliação inicial;
- realizam menos intervenções de atividade diagnóstica, mas mais centrados nos processos corporais;
- não realizam atividade diagnóstica relacionada com aspetos da comunidade;
- um doente que vive só com apoio de vizinhos, é o principal critério para iniciar o planeamento de alta;
- utilizam mais a carta de alta, como modelo para a continuidade de cuidados, do que enfermeiros sem especialidade;
- referem-se ao formulário de referenciação para a RNCCI, como um instrumento centrado na filosofia da continuidade de cuidados;
- utilizam estratégias relacionadas com apoios técnicos e dispositivos, como suporte ao planeamento de alta, contrariamente aos enfermeiros com especialidade;
- referem não ter formação ajustada para realizar um planeamento de alta com qualidade.

Quanto às diferenças encontradas nos enfermeiros especialistas de reabilitação, na forma como desenvolvem o planeamento de alta, podemos concluir que:

- recorrem mais à utilização de instrumentos de avaliação inicial (como a entrevista e os diários);
- realizam atividade diagnóstica centrada na marcha, capacidade motora, interação familiar e condições habitacionais, contrariamente aos restantes enfermeiros;
- a alteração do equilíbrio e da deglutição são critérios para o início de planeamento de alta, que os restantes enfermeiros não utilizam;
- dentro das equipas de enfermagem, são “responsáveis” pelo preenchimento do formulário de referenciação para a EGA, por solicitação dos restantes elementos da equipa;
- utilizam instrumentos de apoio ao planeamento de alta, dirigidos ao doente (tais como o índice de Barthel, a escala de força muscular de Council, a escala de Guss e a índice de equilíbrio de Tinetti), o que não acontece com os restantes enfermeiros;
- desenvolvem mais intervenções face às situações de reinternamento do doente, no sentido do reforço dos ensinamentos à família;
- sugerem melhorias de continuidade de cuidados, como o modelo de enfermeiro de referência, as visitas domiciliárias e o aumento do número de enfermeiros especialistas por turno;

- referem ter formação para desenvolver um planeamento de alta com qualidade, embora salientem que o conhecimento que têm foi adquirido, maioritariamente, de modo empírico.

Atendendo ao tipo de serviço, podemos concluir que também existem diferenças entre os enfermeiros que exercem cuidados nas áreas cirúrgicas e nas áreas médicas.

Sobre os enfermeiros a exercer cuidados nas áreas cirúrgicas, independentemente do grau de formação, podemos concluir que:

- iniciam tardiamente o planeamento de alta, na sua maioria, depois da admissão do doente ao serviço de internamento;
- desenvolvem intervenções de atividade diagnóstica dirigidas ao tipo de intervenção prevista para o doente, quase em exclusividade, comparativamente aos enfermeiros a exercer funções em áreas médicas;
- o tipo de intervenção cirúrgica a que o doente vai ser submetido é um critério de início de planeamento de alta, que valorizam;
- a documentação do plano de alta no sistema operativo *SClinico* é realizada, maioritariamente, nas notas gerais;
- sugerem a reformulação do formulário de encaminhamento para a RNCCI e defendem uma retaguarda familiar mais segura para os doentes, como sugestões de melhoria da continuidade de cuidados.

Quanto aos enfermeiros que exercem as suas funções em serviços de internamento da área médica, independentemente do grau de formação, podemos concluir que:

- a documentação do plano de alta no sistema operativo *SClinico* é realizada, maioritariamente, nas intervenções associadas a um diagnóstico de enfermagem;
- associam os reinternamentos ao papel do prestador de cuidados comprometido.

Podemos questionar se estão garantidos os princípios de segurança para o planeamento de alta e continuidade de cuidados, uma vez que os enfermeiros demonstram não recorrer a um processo organizado e sistematizado. A forma como desenvolvem o planeamento de alta é baseada naquilo que pensam ser mais correto, sem fundamentação teórica na sua tomada de decisão. Não há uma articulação sustentada ao longo do processo de planeamento de alta, entre o momento em que iniciam o planeamento de alta e alta efetiva do doente. A atividade diagnóstica que desenvolvem é pouco incisiva e muito centrada apenas em aspetos inerentes à dependência física do doente, sendo descurados aspetos de ordem cognitiva, familiar e comunitária. Não utilizam instrumentos de avaliação, exceto os enfermeiros especialistas de reabilitação, que são os únicos que recorrem sobretudo a instrumentos dirigidos ao doente, embora mais específicos da reabilitação e menos dirigidos ao planeamento de alta. Demonstram uma grande resistência ao preenchimento de formulários de referenciação, sobre os quais não tiveram formação. Por este motivo, são os enfermeiros

de reabilitação do serviço que dominam a utilização destes recursos, pelo que também têm uma relação de maior proximidade com a EGA do hospital. Existe uma insatisfação e desacordo geral por parte dos enfermeiros, quanto ao formulário de encaminhamento para a RNCCI, que consideram extenso, com parâmetros subjetivos e desadequados, constituindo um fator de sobrecarga de trabalho, pelo que sugerem a sua reformulação. Quanto à documentação, é notório um deficitário método de registo do plano de alta nos sistemas de informação, exceto por alguns enfermeiros a exercer funções nas áreas médicas. Verifica-se uma inércia de atuação nas situações de reinternamento, exceto pelos enfermeiros especialistas de reabilitação. Os enfermeiros reconhecem a lacuna de conhecimento em planeamento de alta e não se mostram disponíveis para frequentar formação. No entanto, também não manifestam interesse no aumento de conhecimentos nesta área, exceto se for financiada pela entidade patronal e em tempo útil de serviço. Na generalidade, os enfermeiros referem que a falta de documentação estruturada, de uma comunicação eficaz com os restantes profissionais, a duplicação de informação, a falta de formação ajustada e a sobrecarga de trabalho, os principais fatores inibitórios para o desenvolvimento de um planeamento de alta de qualidade.



## CONCLUSÃO

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população, a perda de autonomia associada a processos de doença provocam o aumento da dependência nas atividades de vida diária. As exigências da nossa sociedade atual dificultam aos familiares o acompanhamento mais próximo do doente em contexto hospitalar. Perante estas limitações, os internamentos hospitalares necessitam de equacionar respostas que não comprometam o seu funcionamento. A preparação da alta hospitalar de forma estruturada permitirá à família ponderar estratégias de reorganização, que permitam o regresso do doente a casa ou o seu ingresso numa instituição de saúde na comunidade, garantindo a continuidade de cuidados.

Com a consciência do papel central dos enfermeiros no planeamento de alta, sendo esta uma área de interesse da enfermagem de reabilitação surgiu o desenvolvimento deste estudo, de natureza qualitativa, suportado pelo modelo teórico de enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney. Foram traçados os objetivos de compreender o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros e analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade.

Sobre o perfil dos participantes neste estudo, podemos afirmar que compreendem um intervalo de idades muito variado, situado entre os 26 e os 46 anos de idade, e são maioritariamente do sexo feminino. Todos os enfermeiros com especialidade exercem funções como enfermeiro especialista nos respetivos serviços de internamento. O tempo de exercício profissional compreende um intervalo bastante disperso, sendo notória uma maior densidade de participantes com uma experiência que varia entre os oito e os quinze anos. A maioria presta cuidados em regime de horário rotativo.

Demos primazia ao início do planeamento de alta, e neste âmbito, os resultados deste estudo revelam que a maioria dos enfermeiros estão em consonância com os achados teóricos, elegendo o momento da admissão ao internamento.

Consideramos como limitação deste estudo ter participantes apenas de uma instituição, contudo, face aos objetivos consideramos ter compreendido o processo de planeamento de alta, na perspetiva dos enfermeiros na unidade hospitalar onde desenvolvemos o estudo e analisamos as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade centradas na categorização teórica que sustentou o estudo.

Sugerimos que possam ser feitos estudos que visem esclarecer qual será o enfermeiro da equipa com maior capacidade para proceder à referenciação dos doentes. Também seria pertinente a realização de estudos de recomendação de instrumentos de apoio ao planeamento de alta, bem como a avaliação da eficácia do planeamento de alta, realizado após a alta hospitalar. Sugere-se ainda a análise de revisão do formulário de

encaminhamento para a RNCCI e as eventuais necessidades de reajuste deste modelo de referência para a continuidade de cuidados.

Os contributos obtidos neste estudo ficam documentados para futura reflexão da instituição envolvida sobre os processos de planeamento de alta e continuidade de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2020). *O perfil de competências do fisioterapeuta*. Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Recuperado de [http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2020/09/APFisio\\_Perfil\\_Compert\\_Fisio\\_rev2020.pdf](http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2020/09/APFisio_Perfil_Compert_Fisio_rev2020.pdf)
- Augusto, B., & Carvalho, R. (2005). *Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Bandura, A. (1996). *Social cognitive theory of human development*. International Encyclopedia of Education. Oxford: Pergamon Press.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berardo, A. (1988). Planeamento de altas hospitalares. Comunicação apresentada na *Conferência de Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares, Vilamoura, Portugal*.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572-577. Recuperado de <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/796/782>
- Brereton, L. (1997). Preparation for family care-giving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing*, 6(6), 425-434. doi: 10.1111/j.1365-2702.1997.tb00339.x
- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência.
- Cainé, J. (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio: Uma análise do seu envolvimento durante o seu processo de cuidados*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10216/9748>
- Carvalho, M. (2012). *Cuidados domiciliários em envelhecimento e instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas de ler.
- Costa, F. (2003). *Continuidade/articulação dos cuidados de saúde na ULS de Matosinhos*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Ana Guedes, Porto.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, 30, 234-251. Recuperado de <https://www.ipv.pt/millenium/millenium30/19.pdf>

- Cruz, A., Pimenta, C., Kurita, G., & Oliveira, A. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), 5-14. doi: 10.1111/j.1744-618X.2004.00005.x
- Cunha, L. (1999). O idoso e a interface hospital/comunidade. *Geriatrics*, 12(114), 24-29.
- Cunha, M. J. (2003). *O papel do acompanhante do adulto internado*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Dias, C. (2005). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interações*, 9, 130-141. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiDyu\\_djK\\_sAhXNxoUKHQ0ZAvwQFjABegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.interacoe.sismt.com%2Findex.php%2Fvista%2Farticle%2Fdownload%2F171%2F175&usq=AOvVaw2EP5iaZOEE4fNNbZNelmjR](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiDyu_djK_sAhXNxoUKHQ0ZAvwQFjABegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.interacoe.sismt.com%2Findex.php%2Fvista%2Farticle%2Fdownload%2F171%2F175&usq=AOvVaw2EP5iaZOEE4fNNbZNelmjR)
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Planeamento da alta do doente com AVC*. Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados*. Circular informativa 29/DSPCS de 07/07/2006. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017 de 08/02/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x
- Duarte, M. (2014). *Processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em unidades de convalescença*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9520>
- Duffield, C., Diers, D., Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24, 244-255.
- Fernandes, A. (2013). *Dificuldades sentidas pelas equipas dos cuidados de saúde primários na referência de utentes para a RNCCI*. (Trabalho de projeto). Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto politécnico de Bragança,

Bragança. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9931/1/Andreia%20Filipa%20Fidalgo%20Fernandes.pdf>

- Ferreira, F., & Santo, M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 33-50. doi: 10.14198/ALTERN2018.25.02
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar em Enfermagem*, 7(2), 34-48.
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). A importância do modelo das atividades de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 6(3), 96-102. Recuperado de <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Métodos de amostragem: o processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Garção, F. (2013). *Planeamento da alta: impacto nos indicadores de desempenho hospitalar*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/11117>
- Gomes, A. (2018). *Processo de planeamento da alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2064>
- Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. *National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D*. Recuperado de [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1209-014\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1209-014_V01.pdf)
- Hager, J. (2010). *Effects of a discharge planning intervention on perceived readiness for discharge*. Doctor of Nursing Practice Projects. Recuperado de [https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=dnproj\\_ects](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=dnproj_ects)
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.

- Holland, D., & Hermann, M. (2011). Standardizing hospital discharge planning at the Mayo Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(1), 29-36. Recuperado de [https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/assets/jqps\\_standardizing\\_hospital\\_discharge\\_planning1pdf.pdf?db=web&hash=3F61415DE49379B7E845B370521188FE](https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/assets/jqps_standardizing_hospital_discharge_planning1pdf.pdf?db=web&hash=3F61415DE49379B7E845B370521188FE)
- Hospitais SA. (2005). *Guia de ajuda à planificação da alta* (versão 2).
- International Council of Nurses. (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jackson, M. (1994). Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing, a critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 492-502.
- Jewell, S. (1993). Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1288-1296.
- Justo, F. *Continuidade de cuidados: comunicação entre unidades hospitalares e ECCI: que realidade?* (Tese de Mestrado não publicada, IPS – ESCE – CDOC). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/31362>
- Kron, T., & Gray, A. (1994). *Administração de cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança*. Rio de Janeiro: Interlivros.
- Lee, L., & Emmerson, K. (2006). Identifying discharge practice. *Nursing Standart*, 20(29), 47-51.
- Lopes, G. (2017). *A importância do planeamento de altas em idosos: um desafio para a política social*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.5/14951>
- Lopes, M., Pereira, C., & Fonseca, C. (2017). *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos*. Ministério da Saúde. Recuperado de [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual\\_Aplicacao\\_CIF.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Aplicacao_CIF.pdf)
- Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Maramba, P., Richards, S., Myers, A., & Larabee, J. (2004). Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 123-129.
- Marques, S. (2005). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interacções*, 9, 130-141. Recuperado de <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/171/175/0>
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde.

- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, J. (2003). *Programação da alta do idoso: um contributo para a continuidade dos cuidados*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrette, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Martins, M. M., & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista Referência*, II(11), 79-92.
- Martins, M. M., Aued, G. K., Ribeiro, O., Santos, M. J., Lacerda, M. R., & Bernardino, E. (2018). Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. *Cogitare Enferm*, 23(3). doi: 10.5380/ce.v23i3.58449
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Novas, M. (2016). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853.
- Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006*. Diário da república, 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho de 2006, 3856-3865.
- Ministério da Saúde. (2011). *Despacho n.º 7968/2011*. Diário da república, 2.ª série, n.º 107, de 2 de Junho de 2011, 23838.
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015*. Diário da república, 2.ª série, n.º 102, de 27 de Maio de 2015, 13550-13553.
- Ministério da Saúde. (2017). *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas: relatório anual*. Recuperado de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio\\_Acesso\\_SNS\\_2017\\_v.final\\_.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf)
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2017). *Portaria n.º 50/2017*. Diário da República, 1.ª série - N.º 24 - 2 de fevereiro de 2017, 608-629.
- Mota, L., Pereira, F., & Sousa, P. (2014). Sistemas de informação de enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 85-91.
- Morais, J. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/9210>

- Moreira, I., & Veríssimo, C. (2004). Os cuidadores familiares/informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*, 8(1), 60-65.
- Moura, G., Nascimento, J., Lima, M., Frota, N., Cristino, V., & Caetano, J. (2015). Actividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. *Rev Rene*, 16(3), 317-326. doi: 10.15253/2175-6783.2015000300004
- Murashima, S., Nagata, S., Toba, K., Ouchi, Y. & Sagawa, Y. (2000). Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences*, 2, 153-161.
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10216/10572>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/A Enfermagem/Documents/REPE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/A%20Enfermagem/Documents/REPE.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de enfermagem: princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Regulamento n.º 350/2015. Diário da República, 2ª série, n.º 119 de 22 de junho de 2015, 16655-16660.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEE R\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEE_R_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de reabilitação: instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=vantagens+do+m%C3%A9todo+de+trabalho+individual+enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)
- Padilha, J. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios*

*de saúde*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Parker, S., Peet, S., McPherson, A., Cannaby, A., Abrams, K., Baker, R., Wilson, A., Lindsay, J., Parker, G., & Jones, D. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess*, 6(4), 1-183. doi: 10.3310/hta6040

Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau.

Pereira, V. (2010). *Teorias de enfermagem: análise do modelo teórico de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney*. Recuperado de [https://www.bubok.pt/downloads/download\\_libro\\_gratis?book=MTU3OC0yMDE5MTAwOC0=&tipo\\_portada=6&clave=YW5hYmVhdHJpemJsb3VyZWlyb0BnbWFpbC5jb20=&verificado=0a6872b4dbde83446f20ded8aecdaf3cb93774c2a543d102c1f11a4d7d8d3d73](https://www.bubok.pt/downloads/download_libro_gratis?book=MTU3OC0yMDE5MTAwOC0=&tipo_portada=6&clave=YW5hYmVhdHJpemJsb3VyZWlyb0BnbWFpbC5jb20=&verificado=0a6872b4dbde83446f20ded8aecdaf3cb93774c2a543d102c1f11a4d7d8d3d73)

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formação e Saúde.

Petronilho, F. (2012a, Junho, 8). Resumo mínimo de dados de enfermagem de reabilitação: que realidade? Que perspetivas? [Apresentação powerpoint]. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21663/1/RMDE%20Reabilita%20a%20realidade%20e%20perspetivas.pdf>

Petronilho, F. (2012b). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2014). Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8(2), 35-43.

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350. doi: 10.1590/S0103-21002007000300017

PORDATA. (2019). *SNS: dias de internamento nos hospitais*. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Servi%20o+Nacional+de+Sade+\(SNS\)-219](https://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Servi%20o+Nacional+de+Sade+(SNS)-219)

Quintela, M. J. (2002). *Cuidados continuados: uma nova relação social com a saúde das pessoas*. Lisboa: Pré-textos.

Ramos, S. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. (Tese de Mestrado não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10437/6631>

Rede Nacional de Cuidados Continuados. (2009). *Modelo de referenciação de utentes*. Recuperado de [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Directiva\\_Tecnica\\_3\\_UMCCI\\_2009\\_Modelo\\_Referenciacao\\_Doen.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Directiva_Tecnica_3_UMCCI_2009_Modelo_Referenciacao_Doen.pdf)

- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 25-36. doi: 10.12707/RIII12162
- Rodrigues, L. (2013). *A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo de enfermagem*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem: baseado nas atividades de vida diária*. Lisboa: Climepsi.
- Ruas, J. (2017). *Manual de metodologias de investigação: como fazer propostas de investigação, monografias, dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- Santos, J. (2002). *Parceiros nos cuidados: uma metodologia centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, M. (2018). *Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais: elos de ligação*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/23537>
- Scott, I. (2010). Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451. doi: 10.1071/AH09777
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Silva, E. (2010). *Reabilitação após o AVC*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.
- Silva, A. (2013). *Atividade diagnóstica dos enfermeiros numa equipa de cuidados paliativos domiciliários: estudo de caso*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C., & Simões, J. (2007). Avaliação inicial de Enfermagem em linguagem CIPE segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista Referência*, II(4), 9-23.
- Simões, S., & Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 31, 18-23.

- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 33-38. doi: 10.19131/rpesm.0114
- Teixeira, M. (2012). *Planeamento integrado de alta hospitalar de idosos*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Toledo, D., Piovacari, S., Horie, L., Matos, L., Castro, M., Ceniccola, G., ... Correia, M. (2018). Campanha “diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J*, 33(1), 85-100. Recuperado de <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Manual de planeamento e gestão de altas*. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Recuperado de [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual\\_Planeamento\\_Gestao\\_Altas.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf)
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Guia-da-RNCCI-2009.pdf>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ximenes, M., Brandão, M., Gomes, J., Brito, O., Neto, N., Barros, L., & Caetano, J. (2020). Modelo de atividades de vida diária na prática de enfermagem. *Diário da teoria e prática na enfermagem* 6, 94-107. doi: 10.22533/at.ed.51020300611



## ANEXOS



Anexo I

Cronograma







## Anexo II

### Guião da entrevista



Caro/a Colega:

Sou Ana Beatriz Brandão Loureiro, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A entrevista que pretendo realizar destina-se a recolher dados que servirão de suporte à minha investigação sobre o tema “A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar”.

A entrevista é composta por questões que nos auxiliarão a conhecer melhor a forma como os enfermeiros desenvolvem o planeamento da alta hospitalar e a continuidade de cuidados no [REDACTED]. A sua contribuição é de enorme importância para a realização deste estudo.

Agradeço antecipadamente que responda com sinceridade a todas as questões, na certeza de que a sua resposta é de relevante importância para este estudo.

Muito obrigada pelo tempo dispensado e pela sua consideração.



## GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Objetivos:

- Descrever o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros.
- Analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade.

Crítérios gerais a ter em conta na realização da entrevista:

- Estado de espírito do entrevistado (confiança, confusão, constrangimento).
- Contradições do entrevistado.
- Momentos em que o entrevistado manifesta as suas emoções.
- Linguagem corporal.
- Tonalidade e ritmo da linguagem do entrevistando.
- Género de linguagem utilizada.
- Ambiente onde a entrevista é realizada.

Aspetos formais a considerar na realização da entrevista:

1) Apresentação:

- a. Criar um ambiente descontraído, mostrando empatia e atenção para com o entrevistado.
- b. Manter o profissionalismo, procurando levar o entrevistado a responder às questões e esclarecendo dúvidas que este possa ter.
- c. Descrever o projecto, referindo o âmbito da entrevista.

2) Consentimento:

- a. Solicitar a autorização do entrevistado, apresentando o documento de consentimento informado, que deverá ser assinado pelo entrevistado.
- b. Solicitar a gravação da entrevista, informando que a mesma será destruída no momento da conclusão do estudo.
- c. Eventualmente, apenas no caso da não autorização da gravação da entrevista, proceder à transcrição directa da entrevista.

- d. Ajudar o entrevistado a expressar-se com clareza.
- e. Manter o entrevistado focado nos tópicos principais.
- f. Estimular o entrevistado a expor mais detalhes sobre os tópicos importantes.
- g. Respeitar o limite de tempo da entrevista.
- h. Fazer um resumo das ideias principais.
- i. Formalizar um agradecimento final.
- j. Proceder à transcrição da entrevista e solicitar a validação e assinatura por parte do entrevistado.

## PERGUNTAS PARA O GUIÃO:

- 1) Quando tem um doente distribuído / à sua responsabilidade, como e quando inicia o planeamento da alta hospitalar?
- 2) Quais as atividades diagnósticas que mais desenvolve para o planeamento da alta?
- 3) Que instrumento utiliza para lhe facilitar o planeamento da alta?
- 4) Quando tem um doente que prevê que será dependente para além da alta médica, como faz para a continuidade de cuidados?
- 5) Utiliza alguns modelos / formulários específicos para encaminhar o doente, dentro e fora do hospital?
  - a. Que vantagens e desvantagens vê nesses recursos?
- 6) Quando identifica a necessidade de planear a alta de um doente, como garante a sua realização até ao momento da alta?
- 7) Na sua prática clínica, que critério usa para identificar a necessidade de planeamento da alta? (na admissão, mediante algum incidente crítico)
- 8) Na sua opinião, há doentes que têm reinternamentos após a alta?
  - a. Quando tem destes doentes, o que faz geralmente? (agravamento)
- 9) Tem algum feedback da continuidade de cuidados, quando o doente vai para o domicílio?
- 10) Considera ter formação ajustada para fazer um planeamento da alta com qualidade?
- 11) Que sugestões nos pode deixar para melhorar o planeamento da alta e a continuidade de cuidados?



## Anexo III

### Consentimento Informado



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento de Alta Hospitalar

**Enquadramento:** O internamento hospitalar interfere na forma como o doente desempenha as suas atividades de vida diária (AVD), sendo frequentemente associado a alterações da funcionalidade e qualidade de vida. A exposição prolongada ao ambiente hospitalar é suscetível de desencadear ansiedade, rutura ou alteração das AVD, da interação familiar e social, aumento da prevalência de infeções e complicações, além do impacto económico no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que no seu conjunto, podem produzir um balanço negativo para os ganhos em saúde.

Este estudo encontra-se a ser desenvolvido por mim, Ana Beatriz Brandão Loureiro, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins, no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o título acima citado.

**Explicação do estudo:** A realização deste estudo de investigação tem como objetivos: descrever o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros e analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade. A finalidade deste estudo é contribuir para a continuidade de cuidados específicos na área da enfermagem de reabilitação. Pretendemos realizar uma investigação no paradigma qualitativo, constituindo-se uma amostragem não probabilística de enfermeiros, com o critério de inclusão de exercer funções em serviços de internamento do [REDACTED], até à saturação de dados. Será realizado um estudo descritivo exploratório, com recurso a entrevista semi-estruturada, recorrendo à gravação áudio, mediante autorização do entrevistado, durante uma reunião com a duração máxima de trinta minutos, na sala de reuniões do serviço onde o entrevistado exerce funções. As gravações serão apagadas e destruídas no prazo máximo de seis meses após a sua realização. A sua participação neste estudo é de carácter voluntário, sendo que a sua recusa não irá acarretar qualquer prejuízo, assistencial ou outro. Foi obtido o parecer favorável pela Comissão de Ética do [REDACTED].

**Condições e financiamento:** Este estudo não implica qualquer tipo de custos, deslocações ou contrapartidas, quer para os participantes, quer para o [REDACTED].

**Confidencialidade e anonimato:** Com a sua participação nesta investigação, solicito o consentimento para a posterior publicação, garantindo o anonimato, assim como a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos. A entrevista irá decorrer num momento e local que garanta a privacidade do entrevistado. Em qualquer momento pode desistir da investigação, sem qualquer tipo de consequências. Por outro lado, e se assim o entender, pode ter acesso aos resultados da investigação, utilizando, para tal, os contactos disponibilizados.

---

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Agradeço a sua colaboração e participação neste estudo.

**Identificação da Investigadora:**

Nome: Ana Beatriz Brandão Loureiro

N.º Cédula Profissional: 4-E-58061

E-mail: anabeatrizbloureiro@gmail.com  
917188836

Contacto:

Assinatura:

---

—

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

## Anexo IV

Requerimento de autorização do estudo dirigido à Comissão de Ética do [REDACTED]



Exm<sup>o</sup>. Senhor Presidente da Comissão de Ética do [REDACTED]

Assunto: Solicitação de autorização e de parecer da Comissão de Ética

Ana Beatriz Brandão Loureiro, Enfermeira, a exercer funções no serviço [REDACTED], [REDACTED], mestranda do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins, vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização, bem como um parecer da Comissão de Ética, para aplicar um instrumento de colheita de dados, sob a forma de uma entrevista semi-estruturada, necessária à realização do estudo de investigação com o tema: A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento de Alta Hospitalar.

Este estudo de investigação que tem como objetivos: descrever o processo de planeamento de alta na perspetiva dos enfermeiros e analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade. A finalidade deste estudo é contribuir para a continuidade de cuidados específicos na área da enfermagem de reabilitação.

Pretende realizar uma investigação no paradigma qualitativo, constituindo-se uma amostragem não probabilística de enfermeiros, com o critério de inclusão de exercer funções em serviços de internamento do [REDACTED], até à saturação de dados.

Será realizado um estudo descritivo exploratório, com recurso a entrevista semi-estruturada, recorrendo à gravação áudio, mediante autorização do entrevistado, durante uma reunião com a duração máxima de trinta minutos, na sala de reuniões do serviço onde o entrevistado exerce funções. As gravações serão apagadas e destruídas no prazo máximo de seis meses após a sua realização.

Junto em anexo o instrumento de colheita de dados a aplicar, o guião de entrevista, e o consentimento informado para participação no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 17 de Dezembro de 2019

---

Ana Beatriz Brandão Loureiro



¶

**IMPRESSO para SUBMISSÃO de PROJETO de INVESTIGAÇÃO à**  
**COMISSÃO de ÉTICA do**

¶

Os documentos devem ser submetidos à CES com uma antecedência mínima de 2 meses, para garantir uma apreciação atempada do documento.¶

¶

**1. Identificação da investigação/trabalho¶**

¶

a) Nome do investigador principal.¶

Ana Beatriz Brandão Loureiro¶

¶

b) Contactos.¶

Telemóvel: 917 188836¶  
Endereço eletrónico: anabeatrizhloureiro@gmail.com¶

¶

c) Nome do orientador (se aplicável).¶

Professora Doutora Maria Manuela Martins¶

¶

d) Título da investigação/trabalho¶

A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar¶

¶

e) Âmbito do trabalho¶

ACADÉMICO  ..... PROFESSIONAL  ¶

¶

e) Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho¶

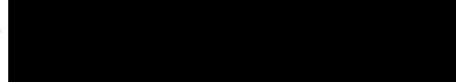
Serviços de Cirurgia e Medicina do

¶

¶

¶





f) Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?¶

SIM  ..... NÃO  .....¶

g) Tempo previsto para o decurso da investigação/trabalho¶

8 meses¶

-h) Objetivos da investigação/trabalho¶

Descrever o processo de planeamento de alta na perspectiva dos enfermeiros.¶  
Analisar as diferenças de planeamento de cuidados, de acordo com a formação académica e especialidade.¶

i) População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)¶

Enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento de Cirurgia e Medicina até à saturação de dados.¶

-j) Tipo de amostragem¶

Não-probabilística¶

k) Variáveis consideradas (se aplicável)¶

¶

-l) Método de colheita de dados (questionário, entrevistas... )¶

Entrevista semi-estruturada¶

m) Quem colhe os dados?¶

A investigadora principal.¶

2. • **Riscos/Benefícios**¶

a) A investigação/trabalho envolve:¶

Doentes  ..... Acompanhantes/família  ..... Profissionais  .....¶

-Outros  ..... Quais? .....¶

¶

b) Que benefícios poderão advir para os participantes?¶

¶



Contribuir para a continuidade de cuidados específicos na área da enfermagem de reabilitação.¶

¶

c) Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?¶

Nenhum, uma vez que será garantida toda a privacidade e confidencialidade de dados.¶

¶

3. • **Confidencialidade e anonimato**¶

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?¶

SIM  NÃO ¶

¶

4. • **Consentimento**¶

a) Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?¶

SIM  NÃO  NÃO Aplicável ¶

¶

b) Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?¶

SIM  NÃO  NÃO Aplicável ¶

c) A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício da autonomia (menores ou pessoas com incapacidade provisória ou permanente para decidir)?¶

NÃO  SIM ¶

d) Se SIM, que razões justificam esse envolvimento?¶

¶

e) Como pretende obter o consentimento?¶

Através da entrega, leitura e assinatura do documento de consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação.¶

5. • **Propriedade dos dados**¶

a) A investigação/trabalho exige a constituição de uma base de dados?¶

NÃO  SIM ¶

¶



Se SIM, como é efetuado o acesso aos dados e garantida a sua anonimização? → ¶

Através da codificação da identidade dos participantes. ▢ ▢

¶

b) Qual o prazo de conservação dos dados ou, caso não seja possível referi-lo neste momento, quais os critérios usados para definir esse prazo?¶

Os dados serão conservados até à conclusão do estado de investigação. ▢ ▢

¶

c) Quem é responsável pela base de dados e como é controlado o acesso? → ¶

A investigadora. ▢ ▢

→ → ¶

d) Está prevista a transferência de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais?¶

NÃO  ..... SIM  ¶

Se SIM, como está garantido o nível de proteção de dados das pessoas singulares de acordo com a legislação em vigor?¶

▢ ▢

¶

e) Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?¶

..... SIM  ..... NÃO  ¶

..... ¶

**6. + Aspectos financeiros¶**

¶

a) A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?¶

NÃO  ..... NÃO Aplicável  ¶

SIM  ..... Quem suportará os custos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¶

¶

b) A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?¶

¶



NÃO  ..... NÃO-Applicável

SIM  ..... Quem suportará os custos? .....  
.....  
.....

c) Esta investigação/trabalho é financiado?

NÃO  ..... NÃO-Applicável

SIM  ..... Por quem? .....  
.....

¶

7. + **Conflito de interesses**

¶  
..... SIM  ..... NÃO  .....

¶

8. + **Termo de Responsabilidade**

¶  
Eu, Ana-Beatriz-Brandão-Loureiro, na qualidade de Investigador-Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

¶

¶

Data: 17 de Dezembro de 2019

¶

O investigador principal: Ana-Beatriz-Brandão-Loureiro

¶

¶

Quando aplicável é obrigatório anexar:

--Exemplar do Consentimento Informado

--Exemplar do (s) instrumento (s) de colheita de dados.

¶

Apresentar o relatório final do estudo à CES, devendo ser enviado por e-mail para: [comissão.etica@min-saude.pt](mailto:comissão.etica@min-saude.pt)

¶

¶

Nota: Não mudar a apresentação do documento a quando do preenchimento.

¶

## Anexo V

Declaração de autorização da Comissão de Ética do [REDACTED]



IMPRESSO para SUBMISSÃO de PROJETO de INVESTIGAÇÃO à  
COMISSÃO de ÉTICA do [REDACTED]

Os documentos devem ser submetidos à CES com uma antecedência mínima de 2 meses, para garantir uma apreciação atempada do documento.

1. Identificação da investigação/trabalho

a) Nome do investigador principal:

Ana Beatriz Brandão Loureiro

b) Contactos:

Telemóvel: 917188836

Endereço eletrónico: anabeatrizbloureiro@gmail.com

c) Nome do orientador (se aplicável):

Professora Doutora Maria Manuela Martins

d) Título da investigação/trabalho

A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar

e) Âmbito do trabalho

ACADÉMICO

PROFISSIONAL

e) Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho

Serviços de Cirurgia e Medicina do [REDACTED]

*De - a encaminhamento - ED*  
*Autorizada Diana Mota*  
*22/01/12*  
Diana Mota  
Diretora Clínica

Secretariado C. A.

Entrada nº *32.049.3827*

1ª Entrada *24.10.2020*

2ª Entrada *1 1*

3ª Entrada *1 1*